

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

631

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 juillet 1900

PAR

François LE SOURD

Né à Vals (Ardèche) le 20 avril 1871

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX, MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CONTAGION DE LA ROUGEOLE

Président : M. HUTINEL, Professeur.

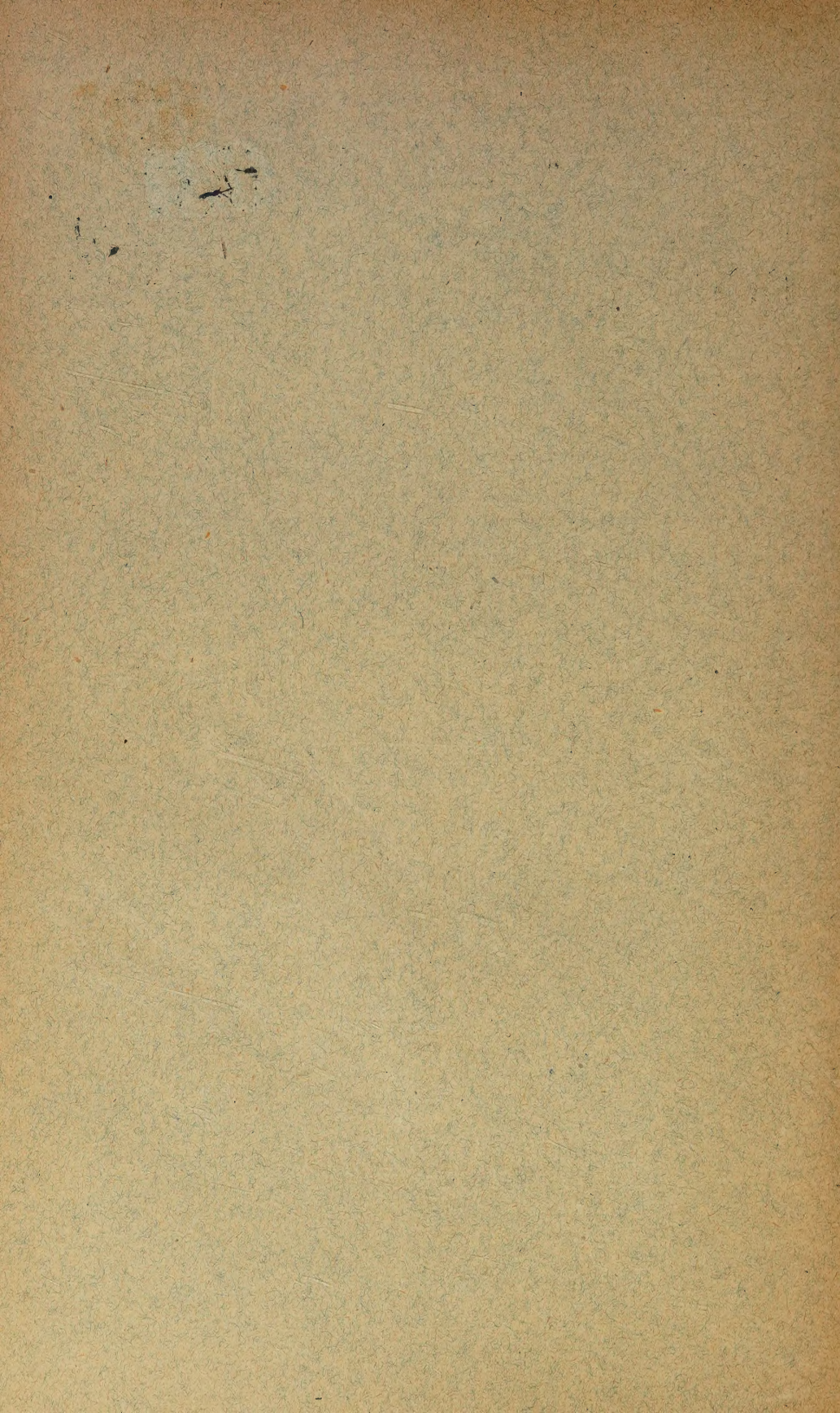
*Juges : MM. { GRANCHER, Professeur.
MARFAN, } Agrégés.
VAQUEZ, }*

LE CANDIDAT RÉPONDRA AUX DIFFÉRENTES QUESTIONS QUI LUI SERONT FAITES
SUR LES DIFFÉRENTES PARTIES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

PARIS
IMPRIMERIE F. LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

1900



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE



POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 19 juillet 1900

PAR

François LE SOURD

Né à Vals (Ardèche) le 20 avril 1871

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX, MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CONTAGION DE LA ROUGEOLE

Président : M. HUTINEL, Professeur.

Juges : MM. { GRANCHER, Professeur.
{ MARFAN, } Agrégés.
{ VAQUEZ, }

LE CANDIDAT RÉPONDRA AUX DIFFÉRENTES QUESTIONS QUI LUI SERONT FAITES
SUR LES DIFFÉRENTES PARTIES DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

PARIS

IMPRIMERIE F. LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

1900



UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL

PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	LANDOUZY
Médecine légale.....	PROUST
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....	BRISAUD
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.....	POTAIN
	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies des enfants.....	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	BERGER
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY
	LE DENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique.....	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON
Clinique d'accouchement.....	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIÉRY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA AUGUSTE	GILLES DE LA	MENETRIER	VARNIER
BROCA ANDRÉ	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

*Qui a bien voulu me faire le grand honneur d'accepter
la présidence de ma Thèse.*

A MON MAÎTRE

M. A. RICARD

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

*Hommage de profonde gratitude
et de bien vive affection.*

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

M. JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

MM. HALLOPEAU, CHAUFFARD, LETULLE

BAZY, ROUTIER

LEJARS, ARROU, LYOT, MAUCLAIRE

ET FERNAND BEZANÇON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CONTAGION DE LA ROUGEOLE

Multum salutis communis interest,
ut morbillorum origo, natura et causæ,
hactenus non satis cognitæ, evolvan-
tur, et ad eos curandos efficaciora
adhibeantur remedia.

SIDOBRE. *De Morbillorum origine et
causa* (Montpellier, 1699).

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Nous ne possédons guère de renseignements sur l'origine première de la rougeole. Bien que quelques auteurs, parmi lesquels Willan, aient cru trouver dans les ouvrages grecs et latins des descriptions se rapportant à la rougeole, nous n'avons pas de notions précises à ce sujet.

Nous savons seulement, après les recherches de Gruner, que cette maladie, d'origine asiatique, fut importée en Europe par les Sarrasins vers le vii^e siècle et qu'elle y fit des ravages à l'égal de la peste.

Les médecins arabes sont les premiers auteurs qui semblent en avoir fait mention. Rhazès, dès le ix^e siècle, en donne une description; Avicenne signale sa fréquence chez

les Arabes qui se nourrissent de lait de jument ou de chamelle (1).

Propagée à l'époque des croisades, la rougeole gagna peu à peu les contrées septentrionales pour faire enfin, vers 1518, son apparition en Amérique (2).

Mais les renseignements que nous avons à ce sujet sont assez vagues, car la rougeole, la variole et la scarlatine furent confondues jusqu'au XVIII^e siècle, époque à laquelle elles furent étudiées par Morton et Huxham. C'est à la même époque que Sydenham établit pour la première fois d'une façon très nette la différence entre la rougeole, la variole et la scarlatine. Sidobre (de Montpellier), dès 1699, montre la diffusibilité et la courte virulence du germe morbilleux : « Fermentum morbillorum in eo tamen differt a variolarum seminio quod *id'* crassius sit et tardioris motus, *illud* vero tenuius et acutius; ideoque sanguinem minori vi commovet, et per cutis glandulas secretum, eas minus obstruit, faciliusque in auras difflatur » (Loc. cit.).

L'opinion de Sidobre reste malheureusement isolée, et longtemps encore les auteurs s'accordent à considérer la rougeole comme le résultat d'une fermentation spéciale, pensant, comme le faisait Guillemeau, que « ses causes sont les reliques de la plus impure portion du sang menstruel, duquel a été nourri l'enfant au ventre de sa mère; lesquelles l'enfant, par bonté et force de sa nature, il sépare et jette au cuir par le moyen de son sang qui boust... » (3).

Depuis Sidobre jusqu'à nos jours, l'étude de l'étiologie

(1) Thèse PERRINET, Paris 1844.

(2) RAYER. In *Traité des maladies de la peau*, t. I.

(3) Thèse FARGEAUD, Paris 1837.

de la rougeole n'a fait que peu de progrès et les opinions les plus diverses, voire même les plus singulières, ont régné sur la nature du germe morbillieux.

Lobb le considérait comme un ferment du sang, Vogel comme une acrimoine de la lymphe, Rosen comme un virus spécifique (1). Langius attribuait la rougeole à la présence de vers dans le tube intestinal (2).

D'autres auteurs cherchent dans l'étude des conditions atmosphériques la cause du développement de la rougeole. « Le fait qu'elle se déclare communément au mois de janvier, écrit Demarque-Duclaud (3), et cesse à peu près vers le solstice d'été, peut faire penser qu'elle a presque toujours besoin pour se développer d'un état particulier de l'atmosphère. »

« Beaucoup d'auteurs, ajoute Perrinet, ont longuement discuté sur les causes occasionnelles de la rougeole, que les uns ont attribuées à un état particulier de l'atmosphère, les autres à un miasme, un principe contagieux que Morton appelle *venenum spiritus inquinans* dont l'activité est augmentée par le froid (4). »

Mais déjà quelques rares auteurs, avec une prescience singulière, devancent les opinions de leurs contemporains pour arriver presque aux conclusions actuelles.

Laignelet (5) dit textuellement en parlant du germe : « Cet être morbifique se joue de tous nos efforts à le saisir : il est disséminé dans l'atmosphère... L'opinion de plusieurs médecins habiles, c'est qu'il a une affinité particulière avec le produit de l'exhalation cutanée et celui de l'exhalation

(1) Cités par MÈNE. Th. de Paris, 1828.

(2) Cités par PERRINET. Loc. cit.

(3) Th. de Paris, 1812.

(4) PERRINET. Loc. cit.

(5) Th. de Paris, 1837.

pulmonaire... » et encore : « ... Ces éruptions singulières (rougeole, scarlatine, etc.) sont susceptibles de se reproduire et de se multiplier comme les êtres organisés : ils ont, en effet, leur mode d'incubation, d'apparition, de maturation, de dessiccation à la manière des végétaux. Ce que l'on peut croire à cet égard, c'est donc que les miasmes agissent comme de véritables ferments dans la production des exanthèmes. M. Bouillaud pense que la rougeole commence par les veines pulmonaires et qu'elle n'est qu'une traduction de l'infection du sang. »

Quelques années plus tard, Le Houx écrivait (1) : « Le raisonnement seul nous force à admettre comme cause déterminante de la rougeole un agent insaisissable, spécifique et contagieux, ne se comportant comme aucun agent physique ou chimique connu, et ayant la propriété de détruire, sauf quelques rares exceptions, dans l'individu qui en a ressenti une fois les effets, la faculté d'en être affecté de nouveau. Quelques auteurs ont cru que ce virus ou principe contagieux, appelé rubiose par M. Piorry, était enveloppé soit dans le sang, soit dans les écailles épidermiques consécutives à l'éruption, soit dans l'humeur lacrymale, la salive, soit enfin dans la vapeur qui s'échappe de la trachée. On a été même jusqu'à penser qu'il pouvait être inoculé.

« Quoi qu'il en soit, le virus se transmet naturellement, soit par le contact immédiat, soit par l'intermédiaire de l'air, *soit probablement par la voie médiate.* »

L'observation classique de Panum, sur l'épidémie des îles Féroé, marque l'ouverture d'une période nouvelle dans l'étude de la contagion de la rougeole.

Cette épidémie se produisit en 1846, alors que depuis

(1) Th. de Paris, 1848.

soixante-cinq ans pas un seul cas de rougeole n'avait été observé. Le germe fut apporté par un individu venant de Copenhague : « Sur 6000 cas, dont j'ai vu et traité plus de 1000, il n'en est pas un qui autorise à admettre l'existence de miasmes morbilleux. Partout la maladie se propageait d'homme à homme, de village à village; la contagion médiate ou immédiate était évidente. La nature exclusivement contagieuse de la rougeole est si clairement prouvée que le praticien manquerait, suivant moi, à son devoir s'il n'agissait pas en conséquence (1). »

Les travaux de Panum ont eu le mérite d'indiquer comme il convenait le rôle capital de la *contagion* dans la rougeole et d'orienter presque exclusivement de ce côté les recherches ultérieures.

Depuis cette époque, on peut citer les observations de Girard [de Marseille] (2), de Dumas [de Cette] (3). L'importante thèse de M. Bécclère, en 1882, expose complètement l'étude de la contagion de la rougeole telle qu'on la comprenait à cette époque.

Plus récemment enfin, les recherches de MM. Hutinel, Sevestre et Bard, les travaux de M. Grancher et de ses élèves (4) ont surtout cherché à préciser les conditions de la contagion, permettant ainsi de diminuer dans de grandes proportions la mortalité par la rougeole jusque-là très élevée dans les hôpitaux d'enfants en réalisant enfin une prophylaxie efficace.

(1) *Arch. gén. de méd.*, avril 1851 : « Du mode de transmission de la rougeole », par P.-L. PANUM (de Copenhague).

(2) *Soc. méd. des hôpit.*, 1869.

(3) DUMAS, *Montpellier méd.*, n° 3, 1872.

Quelques exemples de contagion de la rougeole à la période d'invasion, 1876.

(4) BARBIER, *La rougeole*, Paris 1892.

GANNELON, *Contagion et prophylaxie de la rougeole*, Th. de Paris 1892.

Aujourd'hui la question de la contagion de la rougeole n'intéresse plus seulement les médecins d'enfants, elle est entrée dans le domaine de l'hygiène publique, grâce aux communications de MM. Vallin et Grancher à l'Académie de médecine au sujet de la déclaration obligatoire et du rôle de la désinfection dans la rougeole (1).

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, février, mars, avril 1900.

CHAPITRE DEUXIÈME

CONDITIONS DE LA CONTAGION

1° QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÉCEPTIVITÉ? — Avant de rechercher à quelle période les germes morbillieux ont le plus de virulence et comment ils se transmettent, nous devons préciser quelles sont les conditions les plus favorables pour le développement de ces germes.

On constate, à ce sujet, d'une façon générale, en dehors de toute épidémie, qu'un enfant est d'autant plus exposé à contracter la rougeole, qu'il s'est trouvé plus longtemps en contact avec un rougeoleux. Ce fait n'est cependant pas toujours la règle et, si l'on voit des rougeoles se développer après un contact extrêmement court, ou même sans contact direct, on voit également des enfants ne pas contracter la maladie après un contact souvent prolongé avec un rougeoleux.

Il nous faut donc tenir compte de deux facteurs : les *conditions de réceptivité ou causes prédisposantes* et les *conditions d'immunité*.

Bravard, dans sa thèse, en 1818, s'exprimait ainsi, à ce sujet : « La rougeole est essentiellement miasmatique et contagieuse. On a pensé qu'elle pouvait naître spontanément. Si cela était, il ne serait pas nécessaire de la faire

remonter au temps des croisades... Quelques individus n'en sont jamais atteints. Les épidémies marchent du midi au nord et réciproquement, elles se propagent à de petites distances et surtout parmi les personnes cohabitant avec les malades ou les touchant, principalement dans la desquamation. On peut même l'inoculer au moyen des squames ou petites écailles qui se détachent de la peau à la fin de la maladie. »

Aucune latitude, aucune race n'échappe à la contagion de la rougeole. Les nègres peuvent la contracter comme les blancs. Rochoux signale cependant une exception : « La rougeole et la scarlatine, dit-il, ainsi que l'a très bien vu Bajon pour Cayenne, et que j'ai pu le vérifier à la Guadeloupe, sont inconnues dans les Antilles ou au moins ne s'y montrent pas comme nous les observons en Europe. Cela rend les créoles susceptibles de contracter ces maladies en France, mais, chose remarquable, ils n'en sont jamais atteints avant dix-huit mois ou deux ans de séjour, c'est-à-dire avant que leur constitution modifiée par le climat ne les ait rendus aptes à gagner une maladie pour laquelle ils n'avaient jusque-là aucune prédisposition. »

Au premier rang des conditions de réceptivité, il nous faut placer l'âge. Il est certain que, d'une manière générale, les enfants sont plus souvent atteints que les adultes. Cela tient uniquement à ce que la plupart de ceux-ci jouissent de l'immunité acquise.

Cependant, au cours des épidémies aucun âge n'est épargné. Dans l'épidémie des Feroë, rapporte Panum, les vieillards qui n'avaient pas été immunisés par une première rougeole furent tous atteints par la contagion.

Les enfants nouveau-nés, et encore nourris au sein, sont exceptionnellement contagionnés (Sydenham), même quand leur nourrice est atteinte (Sevestre).

Cette sorte d'immunité des enfants à la mamelle tient elle aux soins particuliers que l'on donne aux jeunes enfants? (Blache et Guersant.) Il est difficile de se contenter de cette explication.

Il est également difficile d'accepter l'hypothèse, récemment reprise en Allemagne (1), qui attribue aux nouveau-nés un état réfractaire spécial, et on peut être autorisé à penser que l'isolement presque forcé des enfants au maillot joue un grand rôle dans cette immunité, en les préservant tout au moins du contagement direct.

Le *sexe* n'a aucune influence, non plus que les méiopragies antérieures. Il est à noter que si, à l'hôpital, la rougeole se greffe souvent sur une maladie infectieuse préexistante, comme le montrent les observations de M. Béchère, la rougeole semble frapper en ville, avec une égale fréquence, les enfants sains et vigoureux et les enfants débiles.

L'aptitude à contracter la rougeole se perd, en général, par une première atteinte. Cette *immunité acquise* est de plus ou moins longue durée.

Panum, pour sa part, a vu, en 1846, cette immunité persister chez des vieillards qui avaient été atteints par la rougeole en 1781.

Les *récidives* peuvent cependant se produire, c'est ainsi que Rayer, Blache, Guersant, Gasset, Dumas (de Cette), Cadet de Gassicourt, Senator, M. Sevestre ont pu en observer.

Quant à l'*immunité naturelle*, elle existe incontestablement. Panum en a cité des exemples, Blache et Guersant également. Bien avant ces auteurs, Garenne avait déjà montré que « la contagion est favorisée par une prédisposition particulière à l'individu » et il citait « nombre d'en-

(1) STEFFENS. *Deut. Arch. f. Klin. Medic.*, 1899.

fants qui, n'ayant pas eu la rougeole, ont fréquenté impunément ceux qui en étaient affectés » (1).

Un fait intéressant est rapporté par Féréol (cité par Barbier), dans son rapport sur les épidémies en 1883.

« Un cas curieux d'immunité naturelle transitoire a été observé à Verdun. Une jeune fille qui couchait dans le même lit que sa compagne atteinte de rougeole ne prit pas la maladie. Il est vrai que l'année suivante elle eut à son tour la rougeole. Il faut donc admettre ou que cette immunité a cessé, ou que les conditions de contagion, si favorables fussent-elles, n'ont pas été suffisantes. »

Enfin il est une troisième sorte d'immunité que l'on admettait autrefois, c'est l'*immunité temporaire* due à « l'incompatibilité des humeurs morbides ». Trousseau qui la défendit écrivait à ce sujet (2) : « Chez les petits malades des hôpitaux, on ne voit jamais la contagion scarlatineuse s'imposer à un enfant atteint de rougeole et réciproquement; ces affections se succèdent, mais elles ne se développent jamais simultanément. Les fièvres éruptives, comme toutes les grandes pyrexies, impriment à l'économie une sorte de résistance pour l'invasion d'une seconde affection de ce genre. »

Il est inutile de dire que cette théorie a vécu et que cette immunité temporaire n'existe pas. De nombreuses observations le montrent, en particulier celles de M. Béclère (3).

(1) GARENNE, Th. de Paris, 1815.

(2) *Gaz. des hôpit.*, 1868, n° 5.

(3) Th. de BÉCLÈRE, 1882. — Cf. Obs. XXIX et XXX. Rougeole contractée par un enfant en pleine éruption de scarlatine; — Obs. XXXIII. Rougeole contractée par un convalescent de scarlatine; — Obs. XXXIV. Rougeole contractée par un scarlatineux à la période de desquamation, etc.

2° A QUELLE ÉPOQUE LA ROUGEOLE EST-ELLE CONTAGIEUSE? —

Au point de vue de la transmission de la maladie, on peut admettre qu'un individu atteint de rougeole passe par trois périodes :

Une période d'*incubation* qui s'étend entre l'introduction du germe dans l'organisme et l'apparition des premiers phénomènes morbides. Pour tous les auteurs, la contagion n'existe pas pendant cette période.

Au cours d'un deuxième stade, la maladie passe par deux périodes : la période d'*invasion* (improprement appelée période prodromique), qui correspond à l'apparition de l'éruption des muqueuses; — la période d'*éruption cutanée*; l'invasion et l'éruption ne font scientifiquement qu'une seule période, en ce sens que l'érythème qui provoque les symptômes de la période d'invasion et l'exanthème ou éruption ne sont qu'un seul et même phénomène morbide (Grancher). On admet généralement aujourd'hui, nous allons le voir, que la période d'invasion est celle où la contagion s'exerce avec le plus de facilité, dès les premières heures de la période d'invasion (Bard). Pendant l'éruption cutanée, au contraire, la contagion diminue.

Enfin, dans le troisième stade, pendant la *desquamation*, la rougeole cesse d'être contagieuse.

A quel moment précis débute la période de contagion et quelle est sa durée?

Toutes les recherches dans ce sens sont basées sur la connaissance de la *durée de l'incubation*.

La majorité des auteurs admet, pour la rougeole prise par contagion, une période d'incubation de neuf à dix jours. Cette durée est variable, suivant la virulence des germes et suivant le terrain. Pour la rougeole inoculée, elle n'est plus que de sept à huit jours. En revanche, M. Bard a montré que l'incubation est prolongée chez les

malades à réceptivité faible, chez les très jeunes enfants. La durée peut être alors de douze, dix-huit et même vingt et un jours.

Dans la pratique on compte quatorze jours depuis le moment de la contagion jusqu'à l'éruption cutanée.

Contagion à la période d'incubation. — Elle n'est admise, nous le répétons, par aucun auteur. Seul, M. Girard (de Marseille) semble faire exception.

Contagion à la période d'invasion. — Bien que Panum ait pressenti que la rougeole n'était pas contagieuse à la période de desquamation, comme on le croyait jadis, c'est surtout Franz Mayr, MM. Girard (de Marseille), Dumas (de Cette), Bécclère, Bard et Sevestre qui ont le mieux précisé le moment de la contagion maximum.

Franz Mayr (de Vienne) est le premier auteur qui cite, en 1851, une observation de rougeole transmise à la période d'invasion (1). M. Girard (de Marseille) n'en avait pas connaissance quand, en 1869, il soutint la même opinion dans une lettre à la Société médicale des hôpitaux, lettre dans laquelle il citait un seul cas de rougeole chez un enfant isolé dès la période prodromique et qui n'en communiqua pas moins la rougeole à neuf camarades. Il concluait ainsi :

1° Contrairement à l'opinion générale, les fièvres éruptives se transmettent le premier jour de leur apparition à l'époque de la fièvre.

2° La transmission, passé cette époque, n'a plus lieu ; en conséquence, les précautions qu'on prend à la fin de la maladie, les quarantaines si longues qui séparent les enfants sains des malades sont complètement inutiles.

(1) HEBRA. *Traité des maladies de la peau*, trad. Doyon, Paris 1869, p. 154, art. VIII.

A l'appui de cette lettre qui avait suscité de nombreuses réserves, en particulier de la part de Blache, qui trouvait ces propositions contraires à toutes les observations connues et ne pouvait admettre la suppression des quarantaines, M. Girard fit une deuxième communication. En cinq mois, il avait vu en ville 108 cas de rougeole; tous ses malades avaient eu un contact plus ou moins prolongé avec un malade atteint de rougeole ou l'ayant eu le lendemain du contact; plusieurs fois le contact avait eu lieu avec des enfants sortant encore, mais sous l'imminence de la maladie qui se montrait le lendemain (Béclère). « Ces cas, disait-il, auraient été considérés comme spontanés sans le soin que j'ai mis à remonter à leur origine. » Il concluait que la rougeole peut se transmettre au début de la période d'invasion et même pendant l'incubation.

En 1872, M. Dumas (de Cette) publia dans le *Montpellier médical* un mémoire, où il montrait que la transmission peut se faire dès la première heure de la période d'invasion, *alors que l'enfant peut encore sortir et jouer*. M. Lancereaux observa alors des faits analogues. Le premier mémoire de M. Dumas fut complété en 1876 par un second travail ayant pour titre : *Quelques exemples de contagion de la rougeole pendant la période d'invasion*. Dans ce travail, M. Dumas maintient ses premières conclusions et répète que « la rougeole est éminemment contagieuse à la période d'invasion »... « Il ne me paraît pas démontré, ajoute-t-il, que la rougeole soit contagieuse à toutes ses périodes. Je crois que sa puissance de transmission décroît d'un stade à l'autre pour cesser à celui de desquamation. »

Depuis cette époque la plupart des auteurs sont d'accord avec Girard et Dumas.

Casteret insiste, avec de nouveaux exemples à l'appui, sur l'extrême contagiosité à la période d'invasion. Dans les

cas cités par cet auteur (1), l'infection a été le plus souvent directe, causée par le malade lui-même.

Girou (2), Reiger (3), Castan (4), Desplats (5), ont vu des cas qui les autorisent à penser de même.

M. Bard (6), dont l'opinion est maintenant classique, admet que *la contagion est possible trois et même quatre jours avant l'éruption, mais non plus tôt : d'habitude elle se fait deux jours avant l'éruption.*

M. Bécclère avait déjà dit que la rougeole ne semble pas être contagieuse au delà de ce temps et que la durée de la période de contagion ne paraît pas excéder huit à dix jours.

Contagion pendant l'éruption. — Les auteurs qui soutiennent la possibilité de la contagion à cette époque s'appuient sur l'observation de Panum.

« On croit généralement, disait Panum (7), que la rougeole est surtout contagieuse pendant la période de desquamation. Sur quelles bases repose cette croyance? Je ne saurais le dire. Quant à moi, je n'ai pas vu un *seul* cas de nature à me convaincre que la contagion ait lieu durant la desquamation.

« *Jamais*, dans les faits dont j'ai été témoin, un individu n'a été atteint de rougeole plus de quatorze jours après que l'exanthème avait disparu chez les malades qui avaient pu l'infecter. »... « *En un mot, la rougeole est très contagieuse au début et pendant la durée de l'exanthème,*

(1) CASTERET. *Presse méd.*, 6 juillet 1898.

(2) GIROU. *Rev. de clin. et de théor.*, 1889, p. 319-321.

(3) REIGER. *Centr. f. Klin. Med.*, n° 25, 1892.

(4) CASTAN. *Montpellier médical*, 1872, p. 6-12.

(5) DESPLATS. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1880, p. 437-441.

(6) BARD. *Rev. d'hygiène*, 1891.

(7) PANUM. *Loc. cit.*

il est douteux, au contraire, qu'elle le soit dans les stades de catarrhe et de desquamation. »

Laveran et Catrin estiment que le maximum de contagé doit être attribué à la période éruptive et à la période post-éruptive. Plus larges encore, d'Espine, Maurin, croient à la contagion de la rougeole à toutes les périodes.

Contagion à la période de desquamation. — Vieille-vigne (1) pensait que « c'est surtout pendant la troisième période que la rougeole se communique avec le plus de facilité; elle est d'autant plus contagieuse que la desquamation est plus abondante. M. Guersant, avec plusieurs autres médecins non moins célèbres, pense qu'il est possible d'inoculer la rougeole en prenant les écailles furfuracées et en les appliquant sur une partie quelconque du corps, même couverte de l'épiderme, pourvu qu'on les y maintienne fixées pendant quelques jours au moyen d'une bande ou de tout autre appareil ».

M. Lemoine apportait en 1898 une observation où la contagion semblait bien devoir être attribuée à des malades en convalescence. M. Vincent y joignait un cas analogue.

Mais ce sont là des cas exceptionnels sur lesquels il est impossible de s'appuyer.

Il en est de même des deux cas cités par Borsieri, dans lesquels la contagion se fit, l'un au quinzième, l'autre au vingt-et-unième jour.

En somme, la rougeole est surtout contagieuse à la période d'invasion pendant les deux jours qui précèdent l'éruption (Bard) et sa contagiosité s'éteint en général cinq à six jours

(1) Th. de Paris, 1827.

après l'éruption (Fœrster), mais, dans les cas compliqués, elle peut se montrer au neuvième et même au onzième jour qui suit l'éruption [Guida, Hutinel (1)].

3° QUEL EST LE MODE DE CONTAGION? — On admet trois modes de contagion de la rougeole :

La contagion intra-utérine,

— . . . directe,

— . . . indirecte.

Contagion intra-utérine. — On en connaît un certain nombre d'exemples cités par Guersant, Blache, V. Gontier (de Genève), Lefour (de Bordeaux), mais ce mode de contagion n'est pas sans prêter à discussion. Pour qu'on puisse l'affirmer, il faut, en effet, que l'enfant présente une éruption morbillieuse dans les quatre ou cinq jours qui suivent sa naissance. Or les cas de ce genre n'abondent pas dans la littérature médicale.

Guersant et Blache en ont cité, V. Gontier a observé six cas, dans lesquels les enfants ont eu des taches de rougeole au moment de la naissance ou peu de jours après.

« En dehors de ces cas, dit M. Barbier, on ne peut que soupçonner l'existence d'une rougeole intra-utérine, l'enfant naissant après que celle-ci a disparu. Le seul argument en sa faveur pourrait être tiré de l'immunité conférée à l'enfant vis-à-vis de la rougeole. Encore n'aurait-il pas une valeur absolue, car théoriquement on peut admettre la vaccination du fœtus, alors même que la mère seule ait eu la rougeole pendant sa grossesse. » Cette immunité est loin d'être admise par tout le monde : MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage, en particulier, font des réserves à ce sujet.

(1) GANNELON, Thèse de Paris, 1892.

Il s'agit là de cas exceptionnels et d'interprétation délicate. Il est incontestable que le mode le plus fréquent de contagion est le contag direct ou indirect.

Contagion directe. — La contagion directe est le passage immédiat du germe rubéoleux, du sujet malade au sujet sain. Seule elle peut être invoquée dans certains cas, c'est ainsi que dans une même famille, dans une même crèche, dans une même école, on peut suivre le développement d'une épidémie par les contacts successifs.

Mais le contact direct est loin d'être indispensable.

Contagion indirecte. — Dans d'autres cas, on a pensé que l'atmosphère jouait un rôle dans la diffusion du contag.

Cette contagion à distance, niée par Rosen, Panum, M. Lancereaux, M. Variot, est encore acceptée à l'heure actuelle par de nombreux auteurs; elle est ainsi expliquée par M. Sevestre : Il existe autour de chaque rougeoleux une zone dangereuse de 3 à 4 mètres, dans laquelle la contagion s'effectue par l'intermédiaire des parcelles provenant des muqueuses enflammées qui se trouvent en suspension dans l'air.

Les faits sur lesquels s'appuie M. Sevestre pour soutenir cette thèse sont passibles d'une interprétation différente d'après M. Grancher.

Aux Enfants-Malades, M. Grancher a vu souvent la contagion se faire entre deux enfants placés à la plus grande distance possible, et épargner les voisins du morbilleux. « Par exemple, deux enfants placés aux lits n° 1 et n° 19, salle Parrot, à 12 mètres de distance et isolés dans leurs boxes, parce que l'un et l'autre avaient la scarlatine, prennent la rougeole l'un de l'autre, dans le temps réglementaire, à quatorze jours de distance, tandis que les voisins

immédiats sont épargnés. Si on cherche la raison de ce fait, on ne peut la trouver dans la contagion par l'atmosphère, car il faudrait admettre une sélection bien bizarre ou un courant aérien bien capricieux (1). »

L'explication de M. Sevestre ne saurait s'appliquer à de pareils cas, et si l'on ajoute que les deux enfants étaient soignés par la même infirmière qui ne touchait à aucun autre enfant, on est porté à penser que la contagion indirecte doit être ici mise en cause, et que *la plupart des cas de transmission à distance ou par l'atmosphère ne sont en réalité que des cas de contagion indirecte*.

M. Grancher dit textuellement à ce sujet : « La contagion de la rougeole peut se faire sûrement par le transport à distance des germes contagieux à l'aide des mains ou des vêtements d'une tierce personne. »

« Tous les cas de contagion survenus dans nos salles à toutes distances des rubéoleux et dans toutes les directions peuvent s'expliquer très bien par ce mode de contagion (2). »

Tout récemment encore M. Moizard n'hésitait pas à se ranger à cet avis (3).

On le voit, la *contagion indirecte* joue le rôle capital dans la contagion de la rougeole. Diverses conditions semblent rendre ce mode de contagion plus facile, d'après M. Barbier : « C'est, d'une part, l'épidémie et de l'autre le séjour prolongé ou journalier de la tierce personne dans une atmosphère très contaminée. »

Certains exemples sont typiques : en voici un, de Panum, cité par Béchère :

« Lors de mon arrivée à Klaksvig, la frayeur était telle

(1) V. GRANCHER. *Rougeole*, in Traité Brouardel-Gilbert.

(2) Cité par Barbier.

(3) Soc. méd. des hôp., 1^{er} juin 1900.

que personne n'osait m'approcher, bien que ce soit une opinion reçue dans les îles, que les médecins ne transportent pas de miasmes contagieux. Trois semaines avant la Pentecôte, le chirurgien du pays appelé pour donner ses soins, avait dû passer la nuit dans le village; la rougeole apparaissait, quatorze jours plus tard, dans la maison où il avait séjourné. On ne pouvait rapporter à une autre cause le développement de la maladie, car pas un habitant de la maison, ni du pays n'avait eu de communication avec un infecté, et il n'était pas venu d'autre étranger dans le village.

« A Midtvaag, la rougeole fut importée par une sage-femme qui avait soigné les malades dans une île voisine. La jeune fille qui lava le linge de la sage-femme fut la première atteinte. » D'autres auteurs citent des cas analogues. Kessler en a vu un cas bien remarquable qui lui est propre.

« Un homme venant d'un village où règne la rougeole et ayant lui-même ses enfants malades de la rougeole, vient rendre visite à un ami dans une localité voisine. Celle-ci est absolument indemne. Pendant que les deux hommes causent, un enfant de la maison, âgé de neuf mois, reste dans la chambre, et quelques jours après il fut atteint d'une rougeole qui fut très grave (1). »

De ces cas on pourrait en rapprocher bien d'autres, signalons-en deux qui ont été rappelés à l'Académie par M. Kelsch lors de la récente discussion sur la rougeole :

« Dans l'épidémie qui sévit à Vienne (Isère), sur le 8^e régiment de hussards, M. le docteur Tartière rapporte qu'il contagiona son enfant qui habitait à deux kilomètres de la caserne dans une maison isolée. »

De ce fait, M. Kelsch en rapprochait un second qui lui

(1) *Berlin. Klin. Woch.*, 1886.

est personnel : « Il m'est arrivé à moi-même, dit-il, comme à M. Tartière, étant médecin à l'hôpital de Batna, où je soignais un morbilleux, l'unique de la toute petite ville, de porter la maladie à mon enfant, encore au sein de sa mère. »

A côté de la contagion par les personnes saines, il convient de placer les faits de contagie par les vêtements ou les objets usuels.

Fiessinger (cité par Barbier) rapporte un cas de transmission par une plaque d'ouate qui avait été placée sur la poitrine d'un rubéoleux.

Thüssink (cité par Kelsch) affirme connaître deux exemples de transmission, l'un par une lettre, l'autre par un timbre-poste.

Il résulte de ces faits que la rougeole est extrêmement contagieuse par la voie indirecte.

Durée de la contagion. — Le contagie morbilleux perd de sa virulence dans un temps relativement très court après avoir quitté l'organisme.

Cette opinion, soutenue d'abord par Mayr et Færster, a été prouvée depuis. MM. Besnier et Doyon insistent sur ce point dans le traité des maladies de la peau de Kaposi.

M. Sevestre croit que la virulence des germes ne dépasse pas deux ou trois heures. Dans quelques cas elle est peut-être moindre (Grancher).

Comme M. Sevestre, M. Bard, M. Hutinel attribuent à cette virulence une durée très éphémère.

M. Bard dit très nettement : « *Les germes de la rougeole sont d'assez courte durée pour qu'il n'y ait pas à craindre d'infection persistante des locaux et des objets à l'usage des malades et pour que les mesures de désinfection à la fin de la maladie soient absolument inutiles.* »

Signalons, en terminant, l'opinion de M. Vallin, de M. Kelsch, de M. Sudour qui, s'appuyant sur un certain nombre d'observations très précises, attribuent aux germes rubéoleux une persistance beaucoup plus longue que les auteurs précédents.

« Nous croyons, dit M. Vallin (1), que le germe rubéoleux perd d'ordinaire assez rapidement sa virulence, quoique aucune expérience démonstrative n'en ait jusqu'ici donné la preuve, puisqu'on ne connaît pas encore ce germe (M. Lesage croit l'avoir trouvé) et que la rougeole n'est inoculable à presque aucun animal. Nous croyons seulement que dans certaines conditions favorables, à l'humidité, à l'abri de l'air et de la lumière, sa vitalité peut se prolonger, qu'il peut se rajeunir par la culture quand il trouve un milieu fertile. C'est une simple hypothèse dont il est aussi difficile de prouver l'inanité que l'exactitude. En pareille matière, les faits cités ne donnent jamais une certitude absolue; il suffit de la vraisemblance ou de la probabilité. »

Dans l'observation de M. Czernicki, citée par M. Kelsch, un soldat employé à l'habillement, à Avignon, défait un ballot contenant les effets d'hommes ayant eu la rougeole *deux ans* auparavant. Ce soldat, quatorze jours après, a une éruption, alors, dit l'observation, qu'il n'avait été en contact avec aucun rubéoleux.

Dans le cas de M. Sudour, la contagion aurait eu lieu au bout de vingt-deux jours.

Ces observations, et toutes celles du même genre que l'on a apportées, sont passibles de la même critique. En effet, il est impossible de savoir si les hommes contagionnés ne l'ont pas été par un homme atteint de rougeole à la période

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 avril.

prééruptive, à un moment où rien ne nous permet de faire le diagnostic.

Dans l'état actuel de la science, il est donc difficile d'accepter la théorie de la persistance des germes rubéoleux.

CHAPITRE TROISIÈME

L'AGENT DE LA CONTAGION

L'agent de la contagion existe. Des inoculations positives, la transmission directe et indirecte le prouvent. Mais malgré toutes les tentatives faites, nous sommes loin de le connaître d'une manière certaine et indiscutable.

Nous ne pouvons donc, actuellement, que rappeler les principales recherches faites à ce sujet.

L'ère des recherches bactériologiques a été précédée d'une période pendant laquelle il a été surtout procédé à des *recherches expérimentales*. A cette période, les auteurs recherchent le germe dans le mucus des sécrétions, dans la peau et dans le sang. Pour cela ils procèdent à des inoculations chez l'homme.

Certaines de ces expériences sont restées classiques : c'est ainsi que, dès le xviii^e siècle, nous voyons Monro (1) et Looke (2) obtenir des résultats positifs par l'inoculation d'humeur lacrymale et de salive de morbillieux. Willan inocule du liquide pris dans des vésicules formées d'une façon accidentelle, et comme les précédents, vers le

(1) *De venis lymphaticis valvularis*, 1757, p. 58.

(2) *Gentlem. Magazin*, 1767.

sixième jour de l'inoculation, il voit éclore une éruption rubéolique typique.

Une autre expérience de Franz Mayr est restée célèbre. En 1851, ayant observé un cas de contagion deux jours avant l'éruption, il eut l'idée « de prouver que le mucus nasal est susceptible de propager la rougeole en transportant cette substance sur d'autres individus. J'exécutai donc, dit-il, cette expérience sur des enfants en bonne santé, vivant à distance l'un de l'autre, et lorsque l'affection avait cessé d'être épidémique. Un peu de mucus nasal pris sur le malade pendant le *stadium floritionis* (période d'état) de la rougeole, et conservé liquide dans un tube de verre, fut, le même jour, placé sur la muqueuse de chacun de ces enfants. Chez l'un d'eux, les premiers symptômes d'éternuement apparurent huit jours après.

« Chez l'autre, vers la fin du neuvième jour, et deux jours après, les symptômes fébriles commencèrent. Chez les deux enfants, l'éruption fit son apparition le 13^e jour après l'infection. La maladie fut bénigne et suivit son cours normal (1). »

A côté de ces expériences bien nettes, il semble que les inoculations des écailles furfuracées de la période desquamative aient toujours été faites sans succès.

Mayr, qui fit des tentatives dans ce sens, s'exprime ainsi (2) :

« J'ai aussi essayé de communiquer la rougeole en transférant sur d'autres enfants des portions d'épiderme tombé pendant le stade de desquamation, mais mes expériences ont échoué. »

Ce résultat, négatif, s'accorde avec les opinions émises

(1) *Hebra's Hautkrank Erlangen*, 1860, cité par Béchère.

(2) Loc. cit.

antérieurement par Alexandre Monro. Il ne fut pas accueilli sans discussion.

Ainsi à ce point de vue, les squames de la rougeole diffèreraient complètement des croûtes de la variole, qui, on le sait, possèdent des propriétés contagieuses.

Ces expériences, bien que négatives, prouvent-elles l'innocuité des squames? M. Béchère estime que non et insiste pour que les enfants qui sont convalescents de rougeole ne sortent pas, et ne soient pas laissés en contact avec d'autres enfants avant d'avoir été baignés, savonnés et frictionnés.

Les inoculations de sang ont été faites au cours de la période d'éruption seulement. Speranza, dans l'épidémie de Milan de 1822, obtint des résultats positifs en reprenant les expériences de Francis Home (1738). De même Willan et Locatelli.

Michaël de Katona, dans une épidémie de rougeole (1), inocula la rougeole à 1122 personnes; il opérait avec une goutte de liquide tiré des plaques de la peau. L'opération n'échoua que dans 7 p. 100 des cas.

Mais comme toutes ces inoculations ont été faites en pleine épidémie, elles n'ont pas grande valeur, et l'on ne peut savoir, ce qui serait intéressant, si le sang d'une personne à la période d'invasion serait susceptible de donner la rougeole.

Nous ne citons que pour mémoire les résultats négatifs de Themmen et Tellegan qui essayent vainement d'inoculer du sang provenant des taches, des larmes, de la sueur.

A Philadelphie, d'après Devees, on employa le sang, les larmes, le mucus nasal et bronchique, les lamelles exfo-

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1842.

liées de l'épiderme, le tout sans succès. Se basant sur ces expériences, Tiret, dans sa thèse en 1832, en arrive à nier la contagiosité de la rougeole.

Toutes ces expériences ont eu lieu sur l'homme. Celle que M. Josias rapporta à l'Académie de médecine en 1898 a été faite sur le singe. M. Josias badigeonnait les fosses nasales et la gorge des animaux en expérience avec un pinceau recouvert de mucus nasal provenant d'enfants rubéoleux au premier et au deuxième jour de l'éruption. Un certain nombre de ces animaux (3 sur 8) ont présenté des phénomènes généraux et des accidents locaux rappelant ceux qui s'observent chez des individus atteints de rougeole.

En résumé, nous voyons que *l'agent de la rougeole n'existe pas dans les écailles furfuracées de la desquamation, qu'il existe probablement dans le sang, certainement dans le mucus des sécrétions nasale et oculaire.*

C'est ce que l'on a cherché à vérifier par la *bactériologie*.

Les premiers travaux entrepris dans ce sens appartiennent à deux médecins français, MM. Coze et Feltz (de Strasbourg), qui, dès 1871, décrivirent des bactéries très fines et mobiles, qu'ils décelèrent dans le sang et le mucus nasal des rougeoleux. Ils avaient vu que le sang recueilli au niveau des boutons est riche en bactéries. Par rapprochement avec ce qu'ils constataient dans le mucus nasal au début de l'invasion, ils crurent pouvoir identifier leur bactérie avec l'agent pathogène de la rougeole.

Plus tard, en 1892, M. Babès a décrit un bacille très court, qu'il n'a d'ailleurs pas retrouvé au cours de recherches ultérieures; il a en outre signalé dans des coupes du poumon un autre bacille, vu par différents auteurs, mais que l'on n'a pu cultiver.

La même année, Doehle, examinant le sang de 8 rou-

geoleux entre le premier et le deuxième jour après l'apparition de l'exanthème, vit des corps mobiles de $1/2$ à $1\ \mu$ de diamètre avec un ou même deux noyaux centraux entourés d'une substance claire. Ces corps étaient animés de mouvements propres. Par la coloration au violet de gentiane Doehle aurait vu qu'ils possédaient un flagellum.

Les recherches les plus importantes ont été faites par MM. P. Canon et W. Pielicke, qui ont vu, dans le sérum sanguin, des bacilles uniformément teintés, ou seulement colorés à leurs extrémités, de façon à simuler des diplocoques, microbes ne prenant pas le gram.

Ces bacilles, dont nous retrouvons une description détaillée dans l'étude de M. Barbier, ont des dimensions variables, « tantôt longs comme le rayon d'un globule rouge, tantôt plus courts, tantôt au contraire plus longs, atteignant la longueur d'un globule rouge ».

Ils ne se colorent pas d'une façon uniforme, mais sont composés de grains espacés et légèrement colorés, d'une forme souvent recourbée.

D'une abondance variable, ils y sont tantôt isolés, tantôt en amas de dix à vingt, et ayant alors une tendance à se placer parallèlement les uns aux autres.

« On les rencontre pendant la durée de la rougeole, mais surtout au moment de la défervescence fébrile; dans un cas, on les a encore rencontrés trois jours après celle-ci; au delà de ce temps les résultats ont été négatifs. »

MM. Canon et Pielicke disent avoir retrouvé les mêmes bacilles dans les sécrétions oculaire et nasale.

Voici la méthode qu'ils emploient pour déceler leur bacille :

« Le sang est étendu sur deux lamelles qu'on frotte l'une contre l'autre; puis séché à l'air et plongé dans l'alcool absolu pendant cinq minutes au moins. A sa sortie, la pré-

paration est soumise pendant six à vingt heures à l'étuve à 37 degrés à l'action colorante de la solution suivante :

Solution aqueuse de bleu de méthylène.....	40 grammes
Solution d'éosine à 0,25 p. 100 d'alcool à 70°..	40 —
Eau distillée.....	40 —

Au bout de ce temps les bacilles restent colorés en bleu. »

Les cultures sur différents milieux n'ont pas donné de résultats.

Différents auteurs ont revu ce bacille depuis M. Guttman (de Berlin) l'a rencontré 14 fois sur 14 cas. M. Czajkowsky l'a retrouvé de même. Enfin, M. Barbier a obtenu depuis un bacille qui se rapproche beaucoup de celui de Canon et Pielicke.

Ses recherches ont porté sur les sécrétions lacrymales des rougeoleux. Il a examiné (1) au point de vue bactériologique « en ensemençant sur sérum gélatinisé à valeur nutritive renforcée, les sécrétions lacrymales de quarante à cinquante rougeoleux à l'hôpital des Enfants. Dans tous les cas de rougeole vraie, il a obtenu un bacille dont la première culture peu abondante est à peine visible, mais qui se cultive bien ensuite sur les différents milieux.

« Ce bacille ressemble par certains caractères au bacille de la diphtérie, dont il se sépare par d'autres.

« Il se rapproche du bacille de Pielicke et de Canon en ce qu'il est irrégulier, et souvent, dans ses formes allongées, recourbé en virgule. Inoculé par différents procédés à la souris, au rat, au cobaye, au lapin, il ne s'est montré virulent dans aucun cas. »

Ce bacille se retrouve aussi dans les sécrétions nasales,

(1) BARBIER, *La rougeole*, Rueff.

pharyngées. M. Barbier n'a pu l'isoler par les cultures en raison du grand nombre des microbes associés.

Tout récemment enfin, M. Lesage a apporté à nouveau le résultat de ses recherches :

« On peut rencontrer, dans la rougeole, dit-il, un microbe particulier qui a les caractères suivants : microcoque extrêmement fin, aggloméré en zooglée, décoloré par la méthode de Gram. La culture ne se fait bien que sur gélose simple, sous la forme d'un petit sablé très fin, transparent, analogue aux cultures fines de streptocoque ou de bacille de Pfeiffer. Il provoque chez le lapin, soit en injection sous-cutanée, soit en injection intra-veineuse, une septicémie du type hémorragique, dont la durée oscille entre deux et vingt jours. On retrouve le microbe au point d'inoculation et dans tous les viscères. Cette septicémie présente une localisation évidente sur le poumon (congestion, taches congestives, taches hémorragiques).

« On peut le trouver, pendant la période éruptive de la rougeole, dans le mucus nasal et guttural. On l'isole par la culture et par l'inoculation au lapin : dans ce cas, l'animal sépare ce microbe des autres bactéries contenues dans le mucus. Le microcoque pénètre dans le sang et produit la septicémie décrite plus haut.

« On peut obtenir le même fait, en plaçant dans les fosses nasales du lapin du mucus morbilleux. En sept à neuf jours, le microcoque prend le dessus sur les autres microbes, envahit tout l'arbre bronchique et produit la septicémie. Si on prend du sang à un enfant en pleine éruption et si on l'inocule à un lapin, on peut obtenir également une septicémie identique avec le même microcoque.

« Ce microbe peut donc se trouver dans le mucus nasal et guttural et dans le sang de la rougeole à la période d'éruption. On le trouve en ce cas à l'autopsie, dans les organes.

On ne peut le confondre ni avec le bacille de Pfeiffer ni avec le bacille de Wilks (1). »

En résumé, nous ne sommes encore que dans une période de tâtonnements et d'essais, et en présence des résultats négatifs obtenus par les différents auteurs qui ont voulu contrôler les recherches de Canon et de Pielicke, nous sommes obligé de conclure que *le microbe de la rougeole est encore inconnu*. Les intéressantes recherches de M. Lessage, que nous venons de citer, n'ayant pas encore subi l'épreuve du temps, ne peuvent être exactement appréciées.

En attendant, les recherches bactériologiques ont montré, qu'à défaut d'un agent pathogène spécial, il existe, chez le morbillueux, un certain nombre de microbes qui jouent un rôle important dans les infections secondaires de la rougeole, en particulier dans la bronchopneumonie.

Certains auteurs, M. Babès (2), en particulier, seraient même presque tentés de croire que ces microbes pathogènes connus, ayant puisé dans des conditions particulières de milieu une virulence spéciale, auraient la faculté de produire la rougeole, ceci d'ailleurs est une simple opinion dont rien jusqu'ici ne nous permet d'apprécier la valeur.

MM. Méry et Boulloche ont trouvé dans la salive le pneumocoque et le streptocoque.

M. Barbier, en ensemençant les sécrétions oculaires d'un grand nombre de rubéoleux, a pu obtenir des cultures qui lui ont révélé la présence fréquente du staphylocoque blanc et du streptocoque.

M. Barbier a retrouvé, outre le pneumocoque, un streptocoque analogue au streptocoque pyogène, un diplostreptocoque qu'il avait déjà signalé dans l'angine diphté-

(1) Soc. de biol., 3 mars 1900.

(2) CORNIL et BABÈS. *Lcs Bactéries*, 1890.

rique; un coccus jaune ressemblant beaucoup à l'aureus; des staphylocoques blancs et dorés, enfin un bacille ressemblant beaucoup sous le microscope au bacille de la diphtérie, isolé ou groupé en V, en amas de microbes parallèles entre eux, quelquefois recourbés, et que M. Barbier ne put ni isoler ni cultiver; M. Cuénod (1) a retrouvé ce même staphylocoque avec une virulence moyennement accusée sur les bords ciliaires d'enfants atteints de conjonctivite post-rubéolique.

Tous ces bacilles, et en particulier le streptocoque, qui est le plus fréquent, se retrouvent dans les lésions secondaires de la rougeole.

Nous pourrions donc tirer de leur présence des indications utiles au point de vue de la prophylaxie.

(1) CUÉNOD. Bactériologie clinique de la conjonctive, Rev. gén. in *Gaz. des hôp.*, 15 sept. 1894.

CHAPITRE QUATRIÈME

QUELS SONT LES MOYENS PRATIQUES DE RÉALISER LA PROPHYLAXIE DE LA ROUGEOLE?

Lorsque M. Vallin, dans la séance du 20 février 1900, vint à la tribune de l'Académie démontrer la mortalité effrayante de la rougeole, il dénonça un péril bien connu de tous les médecins d'enfants, mais qui méritait d'attirer l'attention du public médical.

En effet, si on laisse de côté la tuberculose qui cause 12000 décès par an à Paris, on voit que, pour les cinq dernières années 1895-1899, comprenant la forte recrudescence de fièvre typhoïde en 1899, les chiffres moyens de décès pour les principales maladies infectieuses sont :

Rougeole.	785	décès.
Fièvre typhoïde.	364	—
Coqueluche.	356	—
Diphtérie.	355	—
Scarlatine.	150	—
Variole.	12	—

D'autre part, depuis cinq ans la rougeole accuse une ascension dans le nombre des décès.

Nous constatons, en effet :

En 1895.	679 décès.
1896.	658 —
1897.	821 —
1898.	876 —
1899.	904 —

tandis que, pendant la même période, les autres maladies infectieuses sont en diminution (1).

Nous verrons dans un instant quels sont les moyens proposés par M. Vallin pour arrêter cette ascension (2).
Constatons maintenant avec lui la nécessité de rechercher les meilleurs moyens prophylactiques.

Les règles que l'on doit suivre pour assurer efficacement la prophylaxie de la rougeole comprennent des règles de *prophylaxie individuelle* et des règles de *prophylaxie applicable aux agglomérations* : écoles, collèges, crèches, hôpitaux, casernes, etc.

1° PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE. — Elle peut se résumer en deux mots : antisepsie, isolement.

Ces notions sont trop connues, depuis trop longtemps mises en pratique dans les hôpitaux d'enfants, pour que nous y insistions longuement.

Tout le monde sait aujourd'hui que lorsque, par profession, on est obligé de s'exposer au contact des rougeoleux, il faut éviter autant que possible toutes les chances de contagion directe ou indirecte.

(1) VALLIN. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 fév. 1900.

(2) Sur la proposition de M. Vallin, et à la demande du conseil d'administration, l'Académie de médecine a émis l'avis, dans sa séance du 27 février, qu'il y a lieu d'inscrire la rougeole sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire en vertu de la loi du 30 novembre 1892.

Pour cela il faut s'astreindre en ville comme à l'hôpital à revêtir une blouse avant de s'approcher des malades, à ne pas séjourner sans motif auprès d'eux, à les toucher le moins possible. Après chaque examen on doit se savonner les mains et les passer dans une solution antiseptique. On doit, en outre, désinfecter tout objet ayant servi aux rubéoleux.

Enfin, dès la période prééruptive de l'invasion, qui est, nous l'avons vu, extrêmement contagieuse, on doit isoler sévèrement les malades. Au premier malaise, en temps d'épidémie, le malade doit être séparé des autres enfants, qui sont mis en surveillance.

Tous les auteurs n'ont pas toujours été d'accord sur la limite que l'on doit donner à l'isolement. On pense généralement aujourd'hui avec M. Sevestre que vers le 15^e jour après l'éruption le rougeoleux n'est plus contagieux. Bien que nous ayons vu tout à l'heure que les squames ne sont pas considérées actuellement comme contagieuses, il est bon néanmoins de suivre le conseil de M. Sevestre et de ne rendre le malade à la circulation qu'après l'avoir baigné et savonné.

La contagion par le médecin peut se faire dans certains cas. Les exemples n'en sont pas rares. Aussi, bien que les précautions que nous venons de citer puissent paraître excessives en ville, personne ne doit s'en affranchir, ni le médecin, ni la famille, la moindre faute pouvant devenir une cause de contagion.

Quant aux précautions à prendre vis-à-vis des locaux contaminés, nous verrons dans un instant à propos de la désinfection ce qu'il faut actuellement en penser.

2° PROPHYLAXIE DANS LES AGGLOMÉRATIONS. — Dans les écoles, les lycées et les collèges, la surveillance du médecin

est absolument nécessaire en temps d'épidémie. On se trouve, en effet, dans un milieu éminemment favorable au développement de la contagion. Si la surveillance est souvent difficile quand on a affaire à des externes, elle n'en est que plus importante à cause de la multiplicité des chances de contagion extérieure.

M. Sevestre insiste sur la nécessité de mettre les maîtres et les maîtresses au courant des premiers symptômes, afin de prendre en temps voulu les mesures d'isolement capables d'enrayer l'épidémie.

C'est au même titre que l'on pourrait recommander le moyen préconisé pour les écoles communales par M. Lardier (de Rambervillers), moyen que rapporte M. Barbier (1) et qui consiste à « distribuer aux instituteurs les cartes qui accompagnent le bulletin statistique de quinzaine en marquant d'un signe quelconque les villages contaminés. Le lendemain des jours de congé chaque enfant est interrogé sur l'emploi de son temps, et tous ceux qui ont été fréquentés par les habitants de ces villages, sont renvoyés chez leurs parents jusqu'au moment où le temps de la période d'incubation est écoulé ».

Reste la question du licenciement.

Doit-on licencier en bloc? M. Siredey a montré (2) qu'il était non seulement inutile, mais même dangereux de procéder ainsi puisque chaque enfant contagionné va créer un nouveau foyer dans sa famille.

Ainsi pensons-nous qu'on peut s'en tenir aux préceptes suivants de M. Barbier: « A partir du septième ou huitième jour après l'apparition des prodromes du premier cas, les élèves externes seront maintenus en surveillance chez

(1) BARBIER. Loc. cit.

(2) Rapport au ministre en 1884, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1886.

leurs parents et séparés de leurs frères et sœurs. Les élèves internes ne devront avoir aucune communication pendant ce temps avec les élèves des autres salles et dortoirs. Passé le quinzième jour après les prodromes du premier cas, ceux qui ne sont pas tombés malades pourront être considérés comme ayant échappé définitivement à la contagion.

« Cette manière d'agir, qui, il est vrai, expose ceux qui n'avaient pas été contagionnés par le premier cas à la contagion de la poussée nouvelle qui se fera, a l'avantage cependant d'éteindre sur place le foyer et de s'opposer à la diffusion. Les non-malades seront encore maintenus en quarantaine pendant une quinzaine de jours, après quoi, si aucun cas ne s'est produit, ils peuvent être considérés comme indemnes et l'épidémie comme éteinte. »

Dans les *crèches* ce sont les mêmes règles qui doivent être mises en pratique avec la plus grande rigueur, car dans ce milieu où les enfants sont âgés de trois ans et au-dessous, la rougeole trouve un merveilleux terrain de diffusion ; étant donné les conditions spéciales dans lesquelles se trouve la population des crèches, la mortalité y est extrêmement élevée.

Ces mêmes conditions rendent le plus souvent la tâche du médecin extrêmement difficile.

D'une façon générale, les enfants doivent être, autant que les circonstances le permettent, divisés en « petits paquets » (Gauchas) (1).

Il faut, tout au moins, dit M. Beluze dans une étude récente (2), respecter la subdivision classique en enfants

(1) Des progrès à réaliser dans l'installation et le fonctionnement des crèches, *Bull. de l'Un. des femmes de France*, 1898.

(2) *Rev. d'hyg. et de police sanit.*, mars 1900.

couchés, assis et debout ; « les trois groupes d'enfants étant très inégalement exposés à la diffusion de la rougeole, » il est très important de les isoler les uns des autres, les deux premières catégories (*couchés et assis*) échappant presque complètement aux chances de contagion directe.

Cette division en groupes isolés est pratiquement réalisable, même dans les conditions matérielles les plus défectueuses.

Elle donne les meilleurs résultats si l'on se défie des frères et des sœurs habitant un domicile commun et faisant partie de différents groupes, qui peuvent à un moment donné devenir des traits d'union de contagion entre ces groupes. En cas d'épidémie on peut aussi facilement circonscrire la contagion.

Chaque matin le visage de chacun des arrivants doit être examiné d'un coup d'œil. Tout enfant qui paraît suspect est immédiatement mis à part pour être examiné avec plus de loisir. Si un cas de rougeole se produit, il ne reste qu'à licencier, en se conformant aux règles énoncées plus haut, et à la rentrée on examinera les enfants un à un.

Enfin, le médecin de crèche devra surtout s'attacher à styler son personnel, de manière à éviter le contage indirect, qui mettrait en échec toutes ses précautions.

Dans les *hôpitaux d'enfants* on sait que l'isolement est pratiqué presque partout avec une extrême rigueur. On le doit à MM. Sevestre et Hutinel, qui, à l'hospice des Enfants-Assistés, ont réduit dans d'énormes proportions la mortalité de cette ancienne « nécropole infantile », suivant l'expression de M. Moizard (1).

On le doit surtout à M. Grancher, à M. Ollivier, à

(1) Soc. méd. des hôp., 1^{er} juin 1900.

M. Bécclère qui, un des premiers dans sa thèse, a montré l'importance de l'isolement.

« On meurt à l'hôpital des Enfants des maladies qu'on y contracte », disait Archambault à une époque où scarlatine, rougeole, diphtérie et maladies non contagieuses étaient réunies dans une même salle.

Maintenant encore, malgré tous les progrès, on peut voir la contagion se faire à l'hôpital :

1° Par contact direct avec un rougeoleux (salles d'attente et de consultation, salle de malades où un rougeoleux est introduit par erreur) ;

2° Par l'intermédiaire du médecin, de ses aides ou des objets usuels. M. Grancher a particulièrement insisté sur ce point et il est vraisemblable que la plupart des rougeoles attribuées au contagement direct, sont transmises en réalité par des intermédiaires.

De ces notions découlent naturellement les notions prophylactiques.

Pour ce qui concerne la contagion indirecte, les précautions individuelles que nous avons indiquées devraient être suffisantes pour qu'elle ne puisse se produire, d'où la nécessité de les appliquer rigoureusement.

Contre la contagion directe la mise en observation des enfants entrants, qui ne sont admis dans les salles communes qu'après la fin de la période d'incubation de la rougeole, les salles de contagieux où l'encombrement est évité, l'isolement des malades atteints d'infections secondaires, les mesures antiseptiques rigoureuses réalisent les meilleures conditions de prophylaxie.

A l'hôpital des Enfants-Malades, le service des douteux de M. Moizard semble réaliser l'idéal au point de vue de la prophylaxie de la rougeole.

Le principe de l'organisation de ce service est le système

cellulaire dû à l'inspiration de M. Grancher. M. Moizard en a donné récemment une description détaillée que nous croyons utile de reproduire.

« La salle Henri-Roger, mesurant 30 mètres de longueur, sur 7 de largeur et 4^m50 de hauteur, était autrefois affectée à un service de médecine générale et contenait 40 lits. Elle est largement éclairée et ventilée par une double rangée de dix grandes fenêtres se faisant face.

« Elle a été divisée, par un système de cloisons vitrées, en vingt cellules ou box disposées autour d'un long couloir qui va d'une extrémité de la salle à l'autre. Chaque box constitue une petite chambre dont une paroi est formée par le mur de la salle et une grande fenêtre, et les trois autres par des vitres fixées en bas sur un châssis en bois. La hauteur des cloisons qui limitent chaque box est de 2^m10; elles sont fixées au plancher de la salle par des montants en fer, mais en sont séparées par un espace de 0,05 centimètres de hauteur.

« Comme les box n'ont pas de plafond, ils sont largement ouverts en haut; l'air de la salle est donc respiré par tous les malades. L'expérience de quatre années nous a démontré la justesse de l'opinion qui nie la contagiosité des maladies par l'air. En outre, cette disposition assure le chauffage de la salle par un calorifère auquel on a ajouté, en raison de son insuffisance, quatre poêles salamandres disposés dans le couloir central. Ce mode de chauffage nous a donné toute satisfaction, même pendant les hivers rigoureux.

« Chaque box est fermé par une porte vitrée. Le système des cloisons vitrées rend la surveillance des enfants très facile, et tout en assurant l'isolement pour chaque malade, lui permet la distraction du mouvement de la salle. Les murs sont couverts d'un enduit vernissé qui permet le

lavage. Le parquet a été paraffiné de façon que toutes les fentes soient exactement bouchées.

« Chaque box étant ainsi limité, le mobilier, tout en fer, est des plus sommaires : un lit ou un berceau à sommier métallique, deux chaises et une table de nuit. La vaisselle, qui sert indistinctement à tous les enfants, est soumise, après chaque repas, à une ébullition prolongée dans de l'eau additionnée de carbonate de soude. Les cuillères, fourchettes et gobelets sont spécialement réservés à chaque malade, mais subissent la même ébullition après chaque repas. Jamais le parquet n'est balayé : on le lave avec des linges imbibés de solutions de sublimé ou d'oxycyanure de mercure au millième. Je rappelle qu'au niveau du parquet l'air circule entre les différents box, la cloison qui les sépare s'arrêtant à 5 centimètres au-dessus de lui.

« Lorsqu'un malade quitte un box, la literie et le linge sont envoyés à l'étuve ; le lit, la table de nuit, les chaises, les parois du box lavés à l'eau phéniquée au 20°. Ces précautions prises, un autre malade peut lui succéder sans danger, quelle que soit l'affection dont il est atteint. Telle étant l'organisation du service, et on peut dire qu'elle est aussi simple, aussi sommaire, aussi économique que possible, *les conditions les plus importantes de sécurité pour nos malades consistent dans les précautions prises pour pénétrer dans le box et pour en sortir. Au point de vue prophylactique, tout est là.* Si nous pouvions arriver à ce qu'il n'y eût aucune faute commise, aucune infraction aux règles que je vais indiquer, nous aurions la perfection ; nos compartiments seraient absolument étanches. Sept cas de contagion seulement en quatre ans et demi sur plus de 5 000 malades me permettent, je crois, de prétendre que nous y arrivons presque, surtout dans un service fréquenté par de nombreux étudiants et médecins étrangers, dont la discipline, à

ce point de vue, ne peut être, quoi que nous fassions, aussi rigoureuse que celle des élèves directs du service.

« Dans chaque box se trouvent en permanence trois ou quatre blouses : ces blouses ne doivent être enlevées du box que pour être envoyées à l'étuve. Sur la table de nuit, placée loin du lit de l'enfant, une petite cuvette contient en permanence une solution d'oxycyanure de mercure au millième.

« Chaque personne entrant dans un box revêt une blouse et la boutonne. Avant de la quitter, elle plonge les mains dans l'oxycyanure et, sans les essuyer, quitte la blouse qu'elle laisse sur une des chaises. Nos mains sont donc constamment imbibées de solution antiseptique (1). »

Cette organisation se retrouve actuellement dans un certain nombre d'hôpitaux. Elle n'est malheureusement pas toujours applicable.

Quand les locaux font défaut, le moyen qu'a employé le premier M. le professeur Grancher donne les meilleurs résultats. Il consiste à entourer le lit des douteux d'un grillage métallique clos, analogue à un parafeu, d'une hauteur de 1^m20 environ. Ce grillage empêche les contacts directs, et est suffisant pour rappeler à l'infirmière chargée des soins à donner qu'elle doit changer de blouse et se laver après avoir touché le malade. Cet entourage est maintenu vingt et un jours.

Quelle que soit l'organisation adoptée, il est indispensable de la compléter en prenant les précautions individuelles sur lesquelles nous avons insisté plus haut.

L'isolement a-t-il donné les résultats qu'on en attendait?

Si la mortalité par la rougeole est peu élevée en ville, on sait qu'il n'en est pas de même à l'hôpital où les infec-

(1) Soc. méd. des hôp., 1^{er} juin 1900.

tions secondaires sont extrêmement fréquentes et constituent toute la gravité de la maladie. Les médecins d'hôpitaux d'enfants sont donc bien qualifiés pour répondre.

M. Grancher à l'Académie de médecine, le 3 avril 1900, s'exprimait ainsi : « Par la prévention, en isolant tout enfant non vacciné par une rougeole antérieure, en le traitant en suspect, nous avons réussi à réduire la mortalité de la rougeole de deux tiers. De 34 notre chiffre annuel de contagion dans les salles est tombé à 11. M. Sevestre avait fait de même antérieurement à l'hôpital des Enfants-Assistés (4). »

M. Moizard, le 4^{er} juin 1900, donnait à la Société médicale des hôpitaux les chiffres suivants :

« Depuis le 4^{er} janvier 1896 jusqu'à ce jour, il est entré exactement dans le service des douteux de l'hôpital des Enfants, 5016 malades, et sur ce nombre, en quatre ans et demi, nous avons pu constater seulement 7 cas de contagion, dont 6 rougeoles. Ce nombre de 7 cas de contagion ne fait pas une moyenne de deux par an, dans un service où entrent annuellement plus de 1200 malades. On avouera que c'est peu; et, pour ma part, je suis persuadé que si nous pouvions obtenir la perfection absolue dans l'application de nos règlements, nous arriverions à ne jamais observer de contagion. »

On le voit, l'isolement a fait ses preuves dans les hôpitaux d'enfants.

S'il ne nous donne pas encore actuellement des résultats absolument parfaits, c'est qu'il est appliqué le plus souvent beaucoup trop tard, alors que les enfants sont déjà contagieux.

Tous les signes dits *précoces* de la rougeole ne se mon-

(4) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 avril 1900.

trent, en effet, que dans les deux ou trois jours précédant l'éruption, c'est-à-dire à une époque où la contagiosité est à son maximum.

Nous est-il donc impossible de faire le diagnostic de la rougeole en temps utile ?

Nous ne le croyons pas.

M. Combe (de Lausanne) montrait l'an dernier, dans un travail remarquable (1), que le sang des rubéoleux présente, *dès la période d'incubation*, une *hyperleucocytose* considérable qui atteint son maximum quatre ou cinq jours avant l'érythème.

A partir de ce moment le nombre des globules blancs diminue progressivement et à l'hyperleucocytose fait suite une *hypoleucocytose* manifeste durant les deux derniers jours de l'invasion et toute la période d'éruption. « Ainsi, chez un enfant de trois ans (leucocytose normale : 11 000), le nombre des globules blancs, quatre jours avant la période érythématique, atteignait plus de 34 000 pour descendre le deuxième jour de l'éruption à 5000. » Cette hyperleucocytose n'est pas spéciale à la rougeole, mais dans cette maladie elle apparaît à la période d'incubation sans aucun symptôme morbide, alors que dans d'autres affections c'est seulement à la période d'état qu'elle se produit, en même temps que le cortège symptomatique habituel de ces maladies.

Dans une école, dans un hôpital, l'examen systématique du sang de tous les enfants suspects de rougeole ne pourrait-il pas faire connaître, *avant qu'ils ne fussent contagieux*, ceux d'entre eux qui sont en incubation de rougeole ?

(1) COMBE. Nouveau signe de la période d'incubation de la rougeole. *Arch. de méd. des enf.*, juin 1899.

Dès lors, l'isolement pratiqué à temps réaliserait une mesure prophylactique absolument efficace.

Malheureusement, de telles mesures ne sont pas pratiquement applicables partout, en particulier à la caserne.

Les mesures prophylactiques y sont cependant prises avec un soin extrême.

Dans chaque caserne les médecins militaires ont constamment sous les yeux un plan sanitaire indiquant la répartition exacte des cas de maladies épidémiques.

Il leur est donc possible de suivre par chambrée le développement d'une épidémie de rougeole et de prendre les mesures nécessaires pour l'enrayer.

Voici, d'après M. Vallin, comment on procède en pareille circonstance (1) :

« Le premier cas reconnu de rougeole est envoyé immédiatement à l'hôpital dans une voiture qui est rigoureusement désinfectée au retour; la literie, les vêtements et les effets du malade sont mis en ballot avec précaution et envoyés à l'étuve. Si la chambre n'est pas très grande et si la place ne manque pas complètement dans le casernement, elle est évacuée le jour même; le plancher est lavé au crésyl, les murs sont badigeonnés à la chaux ou aspergés de solution de sublimé à l'aide du pulvérisateur. En tout cas, la literie des camarades de la chambrée est descendue chaque matin dans la cour pendant huit jours et exposée pendant plusieurs heures au grand air, à la lumière et au soleil dont on connaît l'action destructive sur les germes. »

Pour compléter ces mesures, pendant quinze jours les hommes de la chambrée du malade ou ceux qui ont été en

(1) VALLIN. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 avril 1900.

contact avec lui se présentent chaque jour à la visite. Enfin, les recrues ne doivent en aucun cas être dirigées sur un corps de troupe où sévit la rougeole.

On le voit, ce à quoi on attache la plus grande importance dans les hôpitaux d'enfants, c'est l'isolement ; dans l'armée c'est la désinfection.

Nous voici donc amené à rechercher *quelle est la valeur de la désinfection comme moyen de prophylaxie de la rougeole.*

On se souvient de l'intéressante discussion qui eut lieu à ce sujet à l'Académie de médecine entre M. Vallin et M. le professeur Grancher.

M. Vallin, s'appuyant sur la grande mortalité de la rougeole, demandait qu'elle fût inscrite sur la liste des maladies à *déclaration obligatoire*, de manière à entraîner la *désinfection obligatoire* pour cette maladie.

« Je crois, disait-il, la désinfection utile, sinon contre la rougeole, au moins contre les complications de celle-ci. Il y a danger à laisser le public croire qu'il n'y a pas de précautions à prendre contre la contagion de la rougeole. Il n'y a aucun inconvénient, il n'y a que des avantages à inscrire la rougeole sur la liste des maladies contagieuses dont la déclaration est obligatoire. »

M. Grancher, s'appuyant sur des faits admis par tous aujourd'hui, et sur lesquels nous avons insisté plus haut, soutint avec tous ses collègues des hôpitaux que la désinfection dans la rougeole est inutile, parce qu'elle est *trop tardive* ; la contagion rubéolique précédant d'ordinaire le diagnostic, et le germe morbilleux n'ayant qu'une vitalité éphémère.

Sur la question de la désinfection dans les complications de la rougeole, M. Grancher se trouvait d'ailleurs absolument d'accord avec M. Vallin, parce que, dans ce cas, la désinfection vise non pas la rougeole simple, mais la rou-

geole *compliquée*, mais la broncho-pneumonie; et à son tour il demandait d'inscrire la *pneumonie* et la *broncho-pneumonie* dans la liste des maladies à déclaration obligatoire.

« Les micro-organismes de la broncho-pneumonie, rubéolique ou autre, disait M. Grancher (1), pneumocoques et streptocoques surtout, peuvent, en effet, garder leur nocivité pendant des mois s'ils sont emprisonnés en crachat et perdus dans l'ombre d'une fissure de parquet. Ici la désinfection bien faite fera une œuvre utile. Elle n'atteindra pas la rougeole et ne diminuera pas sa contagion; du moins je ne le crois pas; mais elle tuera quelques microbes pathogènes et ce sera toujours une bonne chose. »

M. Grancher montre bien que la désinfection n'est pas tout dans la prophylaxie de la rougeole en établissant un rapport entre les courbes de désinfection et les courbes de mortalité de 1892 à 1899. Il démontre facilement que la désinfection semble n'avoir aucune influence sur la mortalité (2) de la rougeole

« Depuis 1892, sa courbe de mortalité n'a pas subi de grandes oscillations, et le nombre annuel des décès à Paris varie de 658, chiffre le plus faible, en 1896, à 919, chiffre le plus fort, en 1892. La moyenne des décès de 1887 à 1891 était cependant sensiblement plus forte : elle atteignait 1222. Enfin, et c'est le point sur lequel M. Valin a insisté, la rougeole, dans ces trois dernières années, a vu sa mortalité augmenter à 821 en 1897, 876 en 1898, et 904 en 1899. Ces chiffres sont, il est vrai, un peu supérieurs à la moyenne des années précédentes, et ils coïncident, mais pour la dernière année seulement, avec la

(1) Loc. cit.

(2) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 20 mars 1900.

diminution des désinfections volontaires, pratiquées par le service municipal. Celles-ci, qui étaient de 2700 en moyenne avant 1897, ont été de 2900 en 1897, de 3090 en 1898 et de 2232 en 1899. C'est donc pour cette année seulement que le chiffre des désinfections a fléchi ; il était un peu supérieur à la moyenne en 1897 et 1898, et cependant la mortalité augmentait !

« Mais, et c'est le point sur lequel j'insiste, est-il certain, comme le dit M. Vallin, que ce soit la diminution des opérations de désinfection, en 1899, qui ait augmenté, cette même année, la mortalité ? La chose est possible, soit ; est-elle démontrée ? Je ne le crois pas. Est-elle démontrable ? Je ne le crois pas davantage. »

En résumé, les recherches de M. le professeur Grancher ont éclairé d'un jour singulier la question de la désinfection de la rougeole. Son grand mérite a été de démontrer que si la désinfection dans la rougeole n'était pas suivie des excellents résultats que l'on obtient dans les autres maladies infectieuses, c'est que la rougeole est contagieuse à une période où nous n'avons le plus souvent aucun critérium pour la reconnaître, et que, par conséquent, la désinfection pratiquée seulement au moment de l'éruption morbilleuse était, sinon tout à fait inutile, du moins beaucoup trop tardive.

OBSERVATIONS

Parmi les observations que nous avons pu réunir, les unes montrent bien à quel point la rougeole est contagieuse à la période d'invasion, le plus souvent avant qu'il soit possible de la soupçonner.

Quelques-unes d'entre elles concernent des cas de contagion par des tierces personnes ou des objets usuels. Il est difficile actuellement d'en trouver un grand nombre. Cela sera de plus en plus facile à mesure que l'observation clinique se portera davantage de ce côté.

D'autres observations relatent des épidémies hospitalières. Elles sont relativement rares maintenant que l'isolement est pratiqué comme il doit l'être, aussi nous y avons joint un certain nombre de faits empruntés aux thèses de MM. Bécère et Maunoir, qui montrent quelle était la fréquence de ces épidémies autrefois.

Enfin, en terminant nous rappelons quelques faits maintenant classiques, concernant des cas de contagion à la période d'invasion, quelques cas de contagion tardive et des cas attribués à la reviviscence des germes.

Nous tenons à témoigner ici notre gratitude à MM. les professeurs Hutinel et Grancher, qui ont bien voulu nous

permettre de recueillir des observations dans leurs services. Nous remercions bien vivement M. le docteur Zuber, chef de clinique de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades, nos collègues et amis, le docteur Nobécourt, chef du laboratoire des Enfants-Assistés, A. Delille et Dionis du Séjour, internes des hôpitaux, qui nous ont communiqué d'intéressantes observations.

OBS. I (inéдите). — *Eczéma. Rougeole contractée le vingt-huitième jour de l'entrée à l'hôpital. Contagion indirecte.*

Henriot (Maurice), quatre mois, entre le 9 mars 1898, dans le service de M. le professeur Grancher, aux Enfants-Malades, salle Bouchut, lit n° 10, pour eczéma. « Désentouré » le 29 mars. Le 6 avril, éruption de rougeole.

L'enquête démontre qu'au cours d'une visite, il a été touché par la mère du malade suivant :

Laurent (Henri), deux ans, qui, entré le 21 mars 1898, salle Bouchut, lit n° 9, et mis dans un box, présentait le lendemain une éruption rubéolique.

OBS. II (inéдите). — *Hydrocéphalie, rougeole contractée le trente-troisième jour de l'entrée à l'hôpital. Contagion indirecte.*

Maury (Fernand), vingt et un mois, entre le 1^{er} février, salle Bouchut, lit n° 14, pour hydrocéphalie. Cet enfant n'ayant pas eu la rougeole est mis en box.

Le 5 mars, il présente une éruption rubéolique. L'enquête démontre que quatorze jours auparavant il a reçu la visite de sa mère, qui avait chez elle un enfant ayant la rougeole.

OBS. III (M. GRANCHER). — *Rougeole. Contagion indirecte.*

Salle Bouchut, le 15 avril 1889, Lipowsky (Joseph), qui venait de la consultation, attendit avec ses parents son tour d'interrogatoire. Un externe prenait quelques notes sommaires sur les nouveaux venus. Or, les parents du petit Lipowsky

dépôsèrent sur le lit n° 11 une couverture qui enveloppait leur enfant et s'approchèrent des enfants couchés aux n°s 13 et 14. Or, du 30 avril au 2 mai, ces trois enfants étaient en éruption rubéolique. Quant à Lipowsky, suspecté dès son entrée, il fut placé dans un box (lit n° 1), à l'autre extrémité de la salle, où il resta vingt-quatre heures. Cependant, aucun de ses voisins immédiats ne fut contaminé; ni les n°s 22, 23 et 24, placés en face; ni le n° 2, placé à ses côtés, qui n'avaient pas eu la rougeole antérieurement. (*Rev. d'hyg.*, 1890, n° 6.)

OBS. IV (inéдите). — *Rougeole. Contagion indirecte.*

Notre maître, M. Just Lucas-Championnière, a bien voulu nous communiquer un cas de la ville, dans lequel le contage indirect apparaît d'une façon très nette.

Une famille comprenant plusieurs enfants passe les vacances dans une campagne très isolée. Il n'y a aucun cas de rougeole dans le voisinage. La veille du départ pour Paris, les enfants reçoivent la visite du médecin de campagne. Rentrés à Paris, quatorze jours exactement après la visite du médecin, deux des enfants présentent une éruption de rougeole.

Une enquête ultérieure démontra que le médecin avait chez lui un rougeoleux au moment de sa visite.

On peut rapprocher ce cas de celui cité par Panum, que nous avons rapporté plus haut (p. 28), et dans lequel le contage fut très net.

OBS. V (inéдите). — *Epilepsie. Rougeole contractée le quarante-et-unième jour de l'entrée. Varicelle. Coqueluche. Contagion indirecte. Transmission à deux enfants.*

Seitze (Victor), six ans et demi, entre le 12 décembre 1898, salle Bouchut, lit n° 23, pour des crises d'épilepsie. Le 23 janvier 1899, se montre une éruption de rougeole. Passage salle Guersant le 24. Le petit malade n'était plus entouré depuis le 3 janvier. Or il n'y avait pas eu de rougeole dans la salle depuis le 9 décembre.

On est donc obligé d'admettre une importation par une tierce personne.

Le 13 février, l'enfant revient de la rougeole, il *n'est pas*

entouré, il présente une éruption de *varicelle* le 23 février (il n'y avait pas de *varicelle* dans la salle). L'enfant avait de la toux coqueluchoïde depuis son retour dans la salle. Des quintes de coqueluche vraie se montrent dans les premiers jours de mars. On le rentoure à ce moment. L'enfant parvient à sortir de son « entourage », il donne la coqueluche à l'un de ses voisins, la varicelle à l'autre.

Il avait déjà communiqué la rougeole aux deux enfants suivants.

OBS. VI (inédite). — *Coqueluche. Rougeole contractée le quarantième jour de l'entrée.*

Derrigon (Charles), trois ans, entre le 26 décembre 1898, salle Bouchut, lit n° 1, pour coqueluche. Le 4 février, éruption de rougeole. L'enfant a été contaminé par le malade précédent (Seitze, Victor), qui n'a été réentouré que le jour de son éruption.

OBS. VII (inédite). — *Pleurésie purulente à pneumocoques, empyème de nécessité opéré. Rougeole au quarante-neuvième jour de l'entrée.*

Mermillot (Alfred), deux ans et demi, entré le 13 décembre 1898, salle Bouchut, lit n° 3, pour pleurésie purulente à pneumocoques. Empyème de nécessité opéré le 14 décembre. Le 4 février 1899, éruption de rougeole. Le malade était désentouré depuis le 2 janvier. Il a été contaminé par Seitze (Victor), qui a également contagionné le précédent.

Ces trois observations présentent de l'intérêt à deux points de vue. Elles nous montrent d'abord que l'éruption s'est montrée onze jours après l'éruption du cas initial, la contagion a donc eu, pour les deux cas, lieu trois jours avant la période d'éruption. En outre, si nous remarquons que le malade couché au lit n° 23 a contagionné à la fois deux malades couchés dans des lits éloignés, n° 1 et n° 3, nous ne pouvons mettre en doute dans ce cas la contagion par une tierce personne.

OBS. VIII (inédite). — *Rougeole reçue par erreur en pleine période d'invasion. Transmission à trois malades.*

Croupié (Max), quatre ans et demi, entre le 21 novembre 1898,

salle Bouchut n° 10, admis par erreur avec une rougeole en pleine période d'invasion. Il circule dans la salle le jour de son entrée et contamine les trois enfants dont les observations suivent.

Le 22, éruption, passage à la rougeole.

OBS. IX (inéдите). — *Symphyse péricardique, asystolie. Rougeole contractée le quarante-deuxième jour de l'entrée.*

Hemberg (Marcel), deux ans et demi, entre le 24 octobre 1898, salle Bouchut, lit n° 6, pour symphyse péricardique. Asystolie. Le malade est désentouré le 14 novembre.

Le 6 décembre, éruption de rougeole.

OBS. X (inéдите). — *Bronchite. Rougeole le vingt-troisième jour de l'entrée.*

Robert (Henri), cinq ans et demi, entre le 14 novembre 1898, salle Bouchut, lit n° 2, pour bronchite. Éruption de rougeole le 27 décembre.

OBS. XI (inéдите). — *Maladie de Little. Rougeole le dix-huitième jour de l'entrée.*

Boursier (Joseph), quatre ans, entre salle Bouchut, lit n° 19, le 21 novembre 1898. N'a pas eu la rougeole. Mis en box. Le 9 décembre, éruption de rougeole. Ce malade est entré le même jour que Croupié (Obs. VIII). Le 14 mars, coqueluche transmise par Seitze (Victor) (Obs. V).

OBS. XII (inéдите). — *Eczéma. Entrée en période d'incubation de rougeole. Éruption le onzième jour.*

Guérandol (Jules), vingt mois, entre le 8 août 1898, salle Bouchut, lit n° 11, pour eczéma.

Le 19 août, éruption, passage à la rougeole. Cet enfant était donc entré en incubation de rougeole. — *Notons qu'il n'était pas entouré comme ayant déjà eu la rougeole.*

Contamine l'enfant suivant qui contamine à son tour un troisième enfant.

OBS. XIII (inédite). — *Coqueluche. Rachitisme. Rougeole le quatre-vingt-quatrième jour de l'entrée.*

Batet (Charles), vingt mois, entre le 6 juin 1898, salle Bouchut, lit n° 9, pour coqueluche et rachitisme; le 1^{er} septembre, éruption de rougeole. Passage le 2 à la rougeole.

Batet était désentouré depuis le 15 août.

OBS. XIV (inédite). — *Coqueluche, rougeole le vingt-huitième jour de l'entrée.*

Plisson (Henri), quatre ans, entre le 22 août 1898, pour coqueluche. Éruption de rougeole et passage à Guersant le 20 septembre. Contaminé par le précédent.

OBS. XV (inédite). — *Eczéma. Rougeole le dix-septième jour de l'entrée. Transmission à deux enfants.*

Brisson (Pierre), vingt et un mois, entre le 2 février 1898, salle Bouchut, lit n° 10, pour eczéma. Le 19 février, éruption de rougeole, passage à la rougeole.

Le malade a pu être contaminé dix-sept jours auparavant à la consultation. Son jeune âge expliquerait la longueur de l'incubation et de l'invasion.

Dans le cas contraire il faudrait admettre une contagion médiate dans la salle.

OBS. XVI (inédite). — *Dermatite herpétiforme de Dühring. Rougeole au septième mois de l'entrée.*

Sellier (Charles), dix-neuf mois, entre le 2 juillet 1897, pour maladie de Dühring, salle Bouchut, n° 9. Désentouré le 2 août, il est en éruption de rougeole le 25 février 1898.

Contamination par le précédent.

OBS. XVII (inédite). — *Coqueluche. Rougeole le quarante-deuxième jour de l'entrée.*

Petit (Raoul), treize mois, entre le 24 janvier 1898, salle Bouchut, n° 15, pour coqueluche. Le 8 mars, éruption de rougeole. Décès 10 mars. Contamination par le précédent qui n'était pas entouré.

OBS. XVIII (inédite). — *Nécrose du maxillaire inférieur. Rougeole le trente-troisième jour de l'entrée. Contagion indirecte.*

Bertolini (Thérèse), trois ans, entre le 12 mars 1900, salle Parrot n° 16, pour nécrose du maxillaire inférieur. L'enfant est mise en box.

Le 15 avril, éruption de rougeole.

Il n'y avait pas eu de rougeole dans la salle depuis le 3 mars. L'enfant était en box. Il faut donc bien admettre la contagion par une tierce personne.

OBS. XIX (inédite). — *Bronchite. Entrée en période d'invasion, éruption le troisième jour. Transmission à deux enfants.*

Bonnet (Alice), deux ans et demi, entre le 19 février 1900, salle Bouchut, lit n° 11, pour bronchite.

Trois jours après son entrée, elle a son éruption.

Le 3 mars, onze jours après l'éruption de Bonnet (Alice), quatorze jours après son entrée, deux enfants de la salle, les n°s 931 et 973 (numéros des registres des entrées dans la salle), ont à leur tour leur éruption.

OBS. XX (inédite). — *Syphilis acquise. Rougeole contractée le trentième jour de l'entrée à l'hôpital.*

R... (Léon), vingt-sept mois, entre le 21 février 1899 dans le service de M. le professeur Grancher, aux Enfants-Malades, salle Bouchut, lit n° 13. Cet enfant n'ayant pas eu la rougeole est mis dans un box. Le 20 mars 1899, il présente une éruption de rougeole. Une enquête démontra que quatorze jours auparavant, le 8 mars, cet enfant avait été présenté à une clinique. Il est probable qu'il a été contagionné à ce moment, et par une tierce personne. Nouvel exemple de contagion indirecte.

Le 31 mars, il contracte, en outre, la coqueluche, contaminé par son voisin de lit (n° 14) dont la mère lui a passé un jouet le 23 mars.

OBS. XXI (inédite). — *Tuberculose. Rougeole contractée le quatorzième jour de l'entrée à l'hôpital.*

Leriche (Louis), six ans, entre le 6 février 1899, salle Bouchut, lit n° 20, pour tuberculose du sommet droit. Le 19 février éruption de rougeole.

Cet enfant a été vraisemblablement contagionné à la consultation.

OBS. XXII (inédate). — *Trois cas de contagion à la consultation.*

Clavier (André), deux ans, entre salle Bouchut le 12 avril 1897, lit n° 4. Le 26 avril, exactement quatorze jours après, éruption de rougeole.

Lefèvre (Émile), trois ans et demi, entre salle Bouchut, le 3 mai 1897, lit n° 13. Le 20 mai, c'est-à-dire dix-sept jours après l'entrée, éruption de rougeole.

Brindelle (Albert), dix-sept mois, entre le 29 mars, lit n° 3. Rougeole le 17 avril, c'est-à-dire dix-neuf jours après.

Dans ces deux derniers cas, on peut être autorisé à penser que le jeune âge des enfants explique la longueur de l'incubation.

OBS. XXIII (inédate). — *Pleurésie séro-fibrineuse. Éruption rubéolique le vingt-deuxième jour de l'entrée à l'hôpital, quatorzième jour de l'apparition de l'exanthème chez un enfant couché dans la même salle.*

Le 7 décembre 1899, Niderprun (A.), âgé de trois ans, entre avec une pleurésie au pavillon Pasteur, aux Enfants-Assistés. Le 29 décembre, apparition d'un exanthème morbilieux. Le petit malade est envoyé aux Enfants-Malades.

L'enfant qui l'a contagionné, Pillon (Charles), meurt le 5 janvier d'une broncho-pneumonie.

EXEMPLES D'ÉPIDÉMIES HOSPITALIÈRES

OBS. XXIV (inédate). — *Cas de rougeole au lazaret des Enfants-Assistés, isolement d'un groupe de neuf enfants, trois rougeoles.*

Le 26 janvier 1899, un cas de rougeole se produit au lazaret des Enfants-Assistés. On isole neuf enfants, deux contractent la rougeole.

Le 5 février, c'est-à-dire neuf jours après, Leroy (Emilie), âgée de trois ans, présente une éruption morbillieuse. Elle a

donc été contaminée pendant la période d'invasion, six jours avant l'éruption du cas initial.

Le 12 février, Ribemont (Louis), âgé de deux ans, présente à son tour une éruption.

OBS. XXV (inédite). — *Cas de rougeole à la crèche des Enfants-Assistés, isolement d'un groupe de vingt et un enfants, cinq rougeoles.*

Le 16 février, un cas de rougeole à la crèche des Enfants-Assistés. On isole vingt et un enfants ayant été en contact avec le rougeoleux.

Cinq enfants contractent la rougeole.

Ici, l'éruption se montre :

Le 25 février, sur Bazin (Philomène), deux ans.

Le 28 février, sur Rathière (Eugène), trois ans.

Le 2 mars, sur Alesta (René), trois ans.

Le 3 mars, sur Thomas (Antonie), quatre ans.

Le 5 mars, sur Bassinet (René), trois ans.

Nous notons ici que l'éruption s'est produite respectivement les neuvième, douzième, seizième, dix-septième et dix-neuvième jours.

OBS. XXVI (inédite). — *Cas de rougeole à la crèche des Enfants-Assistés, isolement du groupe, pas de contamination.*

Le 20 février 1899, un cas de rougeole se produit à la crèche des Enfants-Assistés. On isole tout le groupe, aucun des enfants qui le composent n'est contaminé.

OBS. XXVII (inédite). — *Cas de rougeole au lazaret des Enfants-Assistés, isolement d'un groupe de dix-huit enfants, cinq rougeoles.*

Le 10 mars 1899, un cas se produit au lazaret des Enfants-Assistés. Dix-huit enfants sont isolés. Cinq sont contagionnés. Les éruptions se produisent de la manière suivante :

17 mars, Vanet (Georgette), quatre ans.

— Lecoq (Jeanne), quatre ans.

18 mars, Fouchon (Emilie), trois ans.

— Poudenas (Léon), deux ans.

20 mars, Janicaud (Jeanne), deux ans.

Dans ce cas, l'éruption s'est produite sept, huit et dix jours

après l'éruption initiale. La contagion remonte donc bien à la période d'invasion.

Obs. XXVIII (inéдите). — *Cas de rougeole à la crèche des Enfants-Assistés, isolement de vingt enfants, dix rougeoles.*

Le 15 avril 1899, un cas se produit à la crèche des Enfants-Assistés, vingt enfants sont isolés, dix contractent la rougeole.

L'exanthème se montre de la manière suivante :

17 avril, Tixier (L.), deux ans, venait des Enfants-Malades.

17 avril, Letaillandier, deux ans, venait du Dépôt.

26 avril, Patte (Albert), deux ans.

26 avril, Blondel (Auguste), quatre ans.

27 avril, Prudhomme, deux ans.

28 avril, Gaudelet, dix-huit mois.

29 avril, Le Goff (A.), un an.

29 avril, Gross (J.), onze mois.

29 avril, Sanson, treize mois.

2 mai, Maillère, un an.

Si nous mettons à part les deux premiers, qui, venant l'un des Enfants-Malades, l'autre du Dépôt, n'ont fait que traverser la crèche et ont pu être contagionnés antérieurement, nous nous trouvons en présence de huit enfants qui ont été évidemment contagionnés en même temps.

Leur éruption s'est montrée, en effet, onze, douze, treize, quatorze et dix-sept jours après l'éruption du cas initial.

Nous pouvons remarquer en outre un fait qui est en rapport avec ce que l'on sait de la très faible réceptivité des jeunes enfants, c'est que l'incubation est plus longue pour eux.

Ainsi, le dernier enfant, Maillère, qui n'est âgé que d'un an, n'a son éruption que le dix-septième jour, tandis que la majorité des enfants contagionnés en même temps que lui la présente le quatorzième jour. On peut constater un fait analogue dans l'observation précédente.

Obs. XXIX (inéдите, due à l'obligeance de notre ami Dionis du Séjour, interne de M. le docteur Bourneville à Bicêtre). — *Épidémie hospitalière dans laquelle l'isolement n'a pu avoir lieu. Transmission à seize enfants. Contagion indirecte.*

Pard... (Georges), trois ans, entre à Bicêtre, 5^e division,

4^e section, le 3 mars 1899, venant de l'asile Sainte-Anne. L'enfant est placé dans la salle des gâteaux où il n'y a pas eu de cas de rougeole depuis l'année précédente. Le 8 mars, il est envoyé au pavillon d'isolement avec une éruption typique de rougeole.

Une épidémie de 16 cas a suivi l'entrée du malade dans le service. Sur ces 16 cas, 14 malades appartenaient à la salle des gâteaux où avait été placé le malade et aux salles voisines (Ecole Bonnet pour les enfants arriérés) situées dans le même pavillon, 2 cas se sont déclarés en dehors, l'un à l'infirmier du service, dont la surveillante de nuit a aussi sous sa direction le pavillon d'isolement, le second chez un malade d'un autre pavillon, mais qui, malgré la défense, venait souvent rôder dans les jardins autour du pavillon d'isolement.

Ce dernier, divisé en deux, contenait d'un côté des enfants teigneux, de l'autre les rougeoleux, aucun cas n'a été observé parmi eux, bien que le personnel infirmier ne fût pas absolument distinct.

Obs. XXX (inédite). — *Epidémie hospitalière. Transmission à trente enfants. Contagion indirecte.*

Isel... (Louise), âgée de quatre ans, entre le 7 avril 1900, à la Fondation Vallée, annexe de Bicêtre, pour idiotie, gâtisme.

La malade avait passé antérieurement par le dépôt de la Préfecture de police et l'asile Sainte-Anne.

Elle est mise dans la salle des autres gâteuses.

La température de toutes les entrantes étant prise pendant les cinq premiers jours de leur séjour, on constate le 9 avril une élévation thermique, 39°, mise sur le compte d'une bronchite constatée à son entrée. L'enfant n'est point isolée, mais seulement mise à l'infirmier de la Fondation. Le 11 avril, éruption typique de rougeole sur la face et les membres inférieurs. Elle est envoyée à l'isolement de Bicêtre.

Une épidémie de 26 cas a suivi l'entrée de la malade à la Fondation Vallée, où pas un cas n'avait été observé depuis 1897.

Ces 26 cas ont porté sur des enfants variant entre deux ans et demi et seize ans, c'est-à-dire sur différentes parties du

service, aucun isolement n'ayant pu être effectué par suite de la disposition des locaux.

Quatre cas ont été observés en outre chez les garçons de Bicêtre; deux chez les teigneux, un à l'infirmerie, un dans un pavillon. Aucune rougeole n'ayant été constatée chez les garçons de Bicêtre depuis plusieurs mois, la contagion ne peut être expliquée que par les relations du personnel infirmier des diverses salles ou pavillons qui, par une bizarrerie administrative et malgré des protestations nombreuses, était mixte.

OBS. XXXI (KESSLER). — *Transmission de la rougeole par une tierce personne bien portante.*

Un homme, venant d'un village où règne la rougeole et ayant lui-même des enfants malades de la rougeole, vient rendre visite à un ami dans une localité voisine. Pendant que les deux hommes causent, un enfant de la maison, âgé de neuf mois, reste dans la chambre. Il est pris quelques jours après d'une rougeole très grave. (*Berlin klin. Woch.*, 1886.)

OBS. XXXII [JOEL (de Lausanne)]. — *Rougeole, contagion indirecte.*

« Au mois de décembre 1885, une fillette prenait la rougeole dans une salle de l'hôpital d'enfants que je dirige. Cherchant les origines, je trouvai que le père de cette enfant lui avait fait visite ayant chez lui deux autres enfants affectés de rougeole. Je ne pus douter qu'il ne fût le vecteur de l'épidémie, et malgré toutes mes précautions d'isolement, huit autres enfants prenaient la rougeole dans le courant du mois. » (*Sem. méd.*, 24 mai 1885.)

OBS. XXXIII (BÉCLÈRE). — *Rougeole contractée par un convalescent de fièvre typhoïde. Eruption le quarante-quatrième jour de son séjour à l'hôpital, le treizième jour de l'entrée dans la salle d'un enfant en pleine éruption. Guérison.*

Lagresi (Ch.), sept ans et demi, entre le 1^{er} janvier 1881, salle Saint-Jean, lit n° 36, atteint de fièvre typhoïde et n'ayant pas eu la rougeole.

Le 3 janvier est couché dans un lit voisin un enfant de deux ans atteint de broncho-pneumonie et de gangrène de la joue qui a présenté il y a cinq jours une éruption de rougeole : cet enfant meurt le 12 janvier.

Le 21 janvier entre dans la salle un enfant en pleine éruption de rougeole, mais qui ne fait que passer un instant devant le lit de Lagresi pour être porté dans la petite salle annexe.

Le 26 janvier entre un autre enfant atteint de rougeole qui est couché dans la petite salle Saint-Jean *bis*, fort loin par conséquent de Lagresi.

Enfin, le 31 janvier, entre Ribot à la veille de son éruption, qui est couché au n° 18, et le lendemain un autre enfant, en pleine éruption, est couché au n° 22; ces deux enfants occupent tous deux la petite salle annexe. Lagresi va dans cette salle, malgré la défense qui lui en est faite.

Le 13 février, treizième jour de l'entrée de l'enfant en pleine éruption, quatorzième jour de l'entrée de Ribot, Lagresi présente une éruption de rougeole qui évolue régulièrement. Il sort guéri le 18 mars.

OBS. XXXIV (BÉCLÈRE). — *Rougeole contractée par un enfant atteint de bronchite. Eruption le quinzième jour de son entrée, quinzième jour également de l'entrée d'un morbillieux de la salle. Mort.*

Montchaussat (Georges), deux ans et demi, entre le 31 janvier 1881, salle Saint-Jean, lit n° 55, atteint de bronchite. En même temps entre Ribot à la veille de son éruption, et, le lendemain, un autre enfant en pleine éruption de rougeole qui est, il est vrai, couché au lit n° 22, c'est-à-dire à l'extrémité de la salle opposée à celle qu'occupe Montchaussat.

Le 14 février, éruption de rougeole, broncho-pneumonie consécutive. Mort le 10 mars.

OBS. XXXV (BÉCLÈRE). — *Rougeole contractée par un tuberculeux. Eruption au troisième mois de son séjour à l'hôpital dans la quinzaine qui suivit l'entrée dans la salle de deux morbillieux. Broncho-pneumonie. Croup. Mort.*

R... (Adrien), deux ans et demi, entre le 4 décembre 1880, salle Saint-Jean, lit n° 20, atteint de bronchite tuberculeuse.

Le 31 janvier et le 1^{er} février entrent dans la petite salle

annexe où il est couché, deux morbilloux qui occupent les lits n^{os} 18 et 22. Dans la quinzaine qui suit cette entrée apparaît chez Richard une éruption de rougeole. Broncho-pneumonie. Croup. Mort le 19 février.

OBS. XXXVI (BÉCLÈRE). — *Rougeole contractée par un enfant atteint de coqueluche. Eruption le dix-neuvième jour de son séjour à l'hôpital, le treizième jour de l'entrée dans le lit voisin du sien d'un morbilloux au premier jour de la période d'éruption. Mort.*

B... (Camille), deux ans, entre le 4 février 1881, à la petite salle Saint-Jean *bis*, lit n^o 49, atteint de coqueluche et n'ayant jamais eu la rougeole. Dans cette petite salle il n'y a eu, depuis le commencement de l'année, qu'un morbilloux qui, entré le 26 janvier au début de la période d'éruption et couché dans ce même lit, est mort le 29 janvier.

Le 10 février entre dans la salle et est couché au lit n^o 50 un enfant au premier jour de la période d'éruption.

Le 22 février, treizième jour de cette entrée, B... présente une éruption de rougeole. Broncho-pneumonie. Mort le 10 mars.

OBS. XXXVII (BÉCLÈRE). — *Rougeole contractée par un scarlatineux. Eruption le dix-neuvième jour de son séjour à l'hôpital, le douzième jour de l'entrée d'un morbilloux en pleine éruption dans la salle. Angine diphthérique. Broncho-pneumonie. Mort.*

P... (Vincent), six ans, entre le 24 janvier 1881, salle Saint-Jean, lit n^o 24, n'a jamais eu la rougeole. Le jour de son entrée il n'y a dans la salle qu'un morbilloux au quatrième jour de la période d'éruption et couché au lit n^o 29, tout à fait à l'extrémité opposée de la salle.

P... sort le 28 janvier et est envoyé en convalescence, pendant son séjour à l'hôpital, il n'entre qu'un morbilloux, le 26 janvier, qui est couché au lit n^o 49.

P... rentre le 5 février, atteint de scarlatine. Il est couché au lit n^o 29, non loin est couché au lit n^o 22 un morbilloux au cinquième jour de la période d'éruption. Le 12 février entre un morbilloux en pleine éruption, qui est couché au lit n^o 17.

Le 23 février, douzième jour de cette entrée, P... présente une éruption de rougeole, bientôt suivie d'angine diphthérique compliquée de broncho-pneumonie. Mort le 4 mars.

OBS. XXXVIII (BÉCLÈRE). — *Rougeole contractée par un enfant tuberculeux. Eruption le seizième jour de son entrée à l'hôpital en même temps qu'un morbilloux en pleine éruption, le douzième jour de l'apparition de l'exanthème chez un voisin de lit. Broncho-pneumonie. Mort.*

V... (Jean), deux ans, entre le 10 février 1881, salle Saint-Jean, lit n° 52, atteint de tuberculose. Le même jour entre dans un lit voisin, au n° 50, un morbilloux au début de la période d'éruption, et le 16 février, une éruption rubéolique apparaît chez un autre enfant couché depuis quinze jours au lit n° 53.

Le 25 février, seizième jour de son entrée à l'hôpital, douzième de l'apparition de l'exanthème chez son voisin de lit, V... présente une éruption rubéolique mal sortie et succombe le lendemain à une broncho-pneumonie double.

OBS. XXXIX (BÉCLÈRE). — *Scarlatine, rougeole, croup contractés à l'hôpital par un enfant atteint de bronchite simple. Eruption de rougeole le quinzième jour du séjour à l'hôpital, le quatorzième jour de l'entrée d'un morbilloux en pleine éruption dans la salle. Mort.*

M... (Maurice), quatre ans et demi, entre le 11 février 1881, salle Saint-Jean, lit n° 24, atteint de bronchite simple. Il est reçu en même temps qu'un autre enfant en pleine éruption de scarlatine. Il n'y a, dans la salle où il est placé, qu'un morbilloux, au onzième jour de l'éruption, mais, le lendemain de son entrée, un morbilloux en pleine éruption est couché au lit n° 17.

Le 15 février, M... présente une éruption de scarlatine qui évolue régulièrement.

Le 25 février, quatorzième jour de l'entrée de l'enfant atteint de rougeole, M... présente une éruption de rougeole caractéristique.

Le 27 février, croup : mort le 28 février.

OBS. XL (BÉCLÈRE). — *Scarlatine, rougeole contractées à l'hôpital. Eruption de rougeole le quinzième jour du séjour à l'hôpital, le quatorzième jour de l'entrée d'un morbilloux en pleine éruption dans la salle. Mort.*

T... (Paul), trois ans, entre le 11 février 1881, même jour

que le précédent, salle Saint-Jean, lit n° 22. Il contracte successivement scarlatine et rougeole. L'éruption morbillieuse apparaît le 25 février, quatorzième jour de l'entrée d'un morbillieux dans la salle. T... meurt le 27 février.

OBS. XLI (BÉCLÈRE). — *Rougeole contractée à l'hôpital par un enfant atteint d'érythème noueux et de rhumatisme articulaire. Début de l'éruption le douzième jour de son entrée dans une salle où sont deux morbillieux en pleine période éruptive. Guérison.*

R..., douze ans, entré le 14 février 1881, salle Saint-Jean, lit n° 34, pour érythème noueux et rhumatisme articulaire. A son entrée, deux morbillieux sont couchés dans la salle, l'un au lit n° 41 qui est au second jour de la période d'éruption, l'autre au lit n° 17, qui est au quatrième jour de cette période.

Le 25 février, douzième jour de son entrée à l'hôpital, R... présente une éruption rubéolique qui évolue régulièrement. Guérison le 8 avril.

OBS. XLII (BÉCLÈRE). — *Rougeole contractées par un enfant atteint de bronchite simple. Eruption le dix-septième jour du séjour à l'hôpital, le quatorzième jour de l'entrée dans la salle de deux enfants morbillieux en pleine éruption. Croup. Mort.*

M..., trois ans et demi, entre le 15 février, salle Saint-Jean, lit n° 15. A son entrée, il y a deux morbillieux dans la salle, l'un couché non loin, au lit n° 17, qui est au cinquième jour de la période d'éruption, et l'autre couché beaucoup plus loin, au lit n° 41, qui n'est qu'au troisième jour.

Le 18 février, deux enfants en pleine éruption entrent dans la salle et sont couchés aux lits n^{os} 25 et 26.

Le 3 mars, quatorzième jour de l'entrée de ces deux enfants, M... présente une éruption rubéolique. Croup consécutif. Mort le 8 mars.

OBS. XLIII (BÉCLÈRE). — *Rougeole contractée par un rachitique. Eruption le treizième jour de l'apparition de l'exanthème chez un voisin de lit. Broncho-pneumonie. Mort.*

B..., deux ans et demi, entre le 8 novembre 1880, salle

Saint-Jean, lit n° 56, atteint de rachitisme. Jamais de rougeole.

Le 26 janvier entre, dans la petite salle de dix lits où est couché B..., un morbillieux en pleine éruption qui est couché au lit n° 49. Le 10 février, un autre morbillieux, dans les mêmes conditions, occupe le lit n° 50.

Quinze jours s'écoulent sans accident. Enfin, le 5 mars, B... présente une éruption rubéolique. Broncho-pneumonie consécutive. Mort le 15 mars.

OBS. XLIV (BÉCLÈRE). — *Rougeole contractée par un enfant atteint de coqueluche. Résistance temporaire à la contagion. Éruption le quarante-deuxième jour de son séjour à l'hôpital, le onzième jour de l'apparition de l'exanthème chez un voisin de lit. Guérison.*

B..., deux ans, entre le 23 janvier 1881, salle Saint-Jean, lit n° 21, atteint de coqueluche et n'ayant pas eu la rougeole. A son entrée, un morbillieux au troisième jour de l'éruption est couché non loin de lui, au lit n° 29.

D'autres morbillieux en pleine éruption entrent successivement salle Saint-Jean. Le 5 mars, onze jours après le début de l'éruption chez un de ces enfants, B... présente une éruption rubéolique qui guérit le 20 mars.

OBS. XLV (BÉCLÈRE). — *Rougeole contractée dix-sept jours après l'entrée à l'hôpital. Broncho-pneumonie. Mort.*

F..., trois ans et demi, entre le 18 février 1881, salle Saint-Jean, lit n° 6, atteint d'angine simple.

Dans la matinée du même jour, deux morbillieux en pleine éruption entrent dans la salle, lits n°s 25 et 26. Le lendemain entre un autre morbillieux, qui est couché au lit n° 49. Le 21 février, un enfant couché dans la salle au n° 49 et le 23 février un autre enfant couché au n° 29 présentent tous deux une éruption rubéolique. Enfin, ce même 23 février entre un morbillieux; lit n° 47.

Le 6 mars, dix-septième jour de son entrée, F... présente une éruption rubéolique. Broncho-pneumonie consécutive. Mort le 11 mars.

OBS. XLVI (BÉCLÈRE). — *Rougeole contractée par un enfant atteint de diphtérie. Eruption rubéolique le quinzième jour de l'entrée dans une salle où sont des morbilloux en pleine éruption. Guérison.*

H..., six ans, entré le 12 février 1881, est atteint le 23 février d'une angine diphtérique : il passe à la salle Saint-Jean, où il entre en même temps qu'un morbilloux au début de l'éruption. Le surlendemain de son entrée, un autre morbilloux entre dans la salle.

Le 9 mars, H... présente une éruption rubéolique qui évolue régulièrement. Il sort guéri le 24 mars.

OBS. XLVII (BÉCLÈRE). — *Rougeole contractée par un enfant atteint de coqueluche. Eruption le treizième jour de l'entrée à l'hôpital. Catarrhe suffocant. Mort.*

L..., sept ans et demi, entre le 28 février 1881, salle Saint-Jean, lit n° 12, atteint de coqueluche et n'ayant pas eu la rougeole. Il est admis en même temps qu'un autre enfant en pleine éruption de rougeole.

Le 12 mars, treizième jour de son entrée, éruption rubéolique, catarrhe suffocant, mort.

OBS. XLVIII (BÉCLÈRE). — *Rougeole contractée par un enfant atteint de diarrhée. Eruption le quatorzième jour de l'entrée. Broncho-pneumonie. Croup. Mort.*

G..., deux ans et demi, entre le 9 mars 1881, salle Saint-Jean, lit n° 23, atteint de diarrhée et n'ayant pas eu la rougeole. Le jour même de l'entrée de G..., un enfant, couché dans la salle, au lit n° 7, présente une éruption rubéolique.

Le 22 mars, quatorzième jour de son entrée, G... présente une éruption rubéolique. Broncho-pneumonie. Croup. Mort le 30 mars.

OBS. XLIX (BÉCLÈRE). — *Rougeole ayant débuté quinze jours après l'entrée à l'hôpital. Guérison.*

G..., deux ans, entré le 9 mars 1881, salle Saint-Jean, lit n° 36, atteint de laryngo-trachéite et n'ayant pas eu la rougeole. Il est en contact avec le malade précédent. Le 24 mars, il est en pleine éruption de rougeole, guérie le 19 avril.

OBS. L (MAUNOIR). — *Eruption rubéolique, le vingtième jour de l'entrée à l'hôpital.*

W..., deux ans, entre le 4 janvier 1876, salle Saint-Louis, lit n° 13.

Le 23 janvier, éruption rubéolique qui guérit.

OBS. LI (MAUNOIR). — *Eruption rubéolique le vingt-et-unième jour de l'entrée à l'hôpital.*

J..., quatre ans et demi. Entré le 4 janvier 1876, salle Saint-Louis, lit n° 18.

Le 24 janvier, apparaît sans prodromes une éruption de rougeole. La rougeole, malgré une laryngite grave, finit par guérir.

OBS. LII (MAUNOIR). — *Eruption rubéolique le vingtième jour de l'entrée à l'hôpital, le neuvième jour de l'apparition de l'exanthème chez un enfant couché dans un lit voisin.*

M..., trois ans et demi, entré le 11 janvier 1876, salle Saint-Louis, lit n° 4.

Le 30, éruption de rougeole. Mort.

OBS. LIII (MAUNOIR). — *Eruption rubéolique le quatorzième jour de l'entrée dans une salle où est couché un morbillieux, au deuxième jour de la période d'éruption.*

L..., trois ans et demi, entre le 25 janvier 1876, salle Saint-Louis, pour indisposition légère. Eruption rubéolique le 7 février. Broncho-pneumonie. Mort.

OBS. LIV (MAUNOIR). — *Eruption rubéolique le vingt-huitième jour de l'entrée à l'hôpital.*

M..., vingt mois. Entré le 1^{er} février 1876, salle Saint-Louis, lit n° 30, n'a pas eu la rougeole.

Le 25, catarrhe séro-purulent conjonctival double.

Le 28, éruption rubéolique.

Le 4 mars, mort.

OBS. LV (MAUNOIR). — *Éruption rubéolique le dixième jour de son entrée à l'hôpital.*

A..., deux ans, entre le 22 février 1876, salle Saint-Louis, lit n° 32, n'a pas eu la rougeole.

Le 2 mars, allait bien lorsque est apparue une éruption de rougeole qui a évolué sans complication.

OBS. LVI (MAUNOIR). — *Éruption rubéolique le quinzième jour de l'entrée à l'hôpital.*

V..., deux ans, entré le 7 mars 1876, salle Saint-Louis, n° 30, n'a jamais eu la rougeole. Au moment où il est entré, était couché dans la salle Saint-Louis, au n° 32, un morbillieux au sixième jour de l'éruption.

Le 21 mars, éruption rubéolique. Le 22, mort.

OBS. LVII (MAUNOIR). — *Éruption rubéolique le vingt-huitième jour de l'entrée à l'hôpital, le douzième jour de l'apparition de l'exanthème chez un enfant couché dans un lit voisin.*

F..., trois ans, entré le 6 mars 1876, salle Saint-Louis, n° 25, pour diarrhée.

Douze jours après l'apparition de l'exanthème chez un enfant couché dans un lit voisin, rougeole. Mort.

OBS. LVIII (MAUNOIR). — *Éruption rubéolique le vingt-huitième jour de l'entrée à l'hôpital, treizième jour de l'exanthème chez un enfant couché dans un lit voisin.*

L..., trois ans, entré le 4 mars 1876, salle Saint-Louis, n° 31, pour tuberculose chronique.

Le treizième jour de l'apparition de l'exanthème chez son plus proche voisin de lit.

Le 2 avril, éruption rubéolique. Le 6, mort.

OBS. LIX (FRANZ MAYR). — *Rougeole transmise à la période d'involution (première observation publiée).*

« En septembre 1851, un enfant atteint de symptômes catarrhaux bien marqués, mais sans présenter d'éruption, fut

amené par ses parents dans un endroit éloigné de deux milles de Vienne. En ce lieu aucun cas de rougeole ne s'était manifesté jusqu'à ce moment. Ils y restèrent pendant un jour seulement, pendant lequel l'enfant fut mis en contact avec un autre garçon âgé de quatre ans appartenant à un ami. Le second jour après son retour à Vienne, une éruption de rougeole sortit chez le premier enfant et une quinzaine de jours plus tard, l'autre enfant, à deux milles de là, fut attaqué de la même maladie. » (*Tr. des mal. de la peau*, Hebra-Doyon, Paris 1869, p. 154, art. VIII.)

OBS. LX (M. EYRE). — *Rougeole. Contagion à la période d'invasion.*

Un maître d'école de Beckenham (Angleterre) rentre après les vacances de Pâques pour reprendre ses cours (30 avril 1883). Il se sent indisposé ce jour-là et continue cependant son service le 1^{er} et le 2 mai. Le soir du 2 mai il se couche et l'éruption se déclare pendant la nuit. Il n'eut dès lors plus de rapports avec les écoliers qui furent congédiés. Parmi les élèves, au nombre de 29, âgés de sept à quatorze ans, 15 avaient déjà eu la rougeole, ils restèrent indemnes. Les 14 autres furent pris, sans exception, le premier cas s'étant déclaré le 10 mai, et le dernier le 17 mai, la durée d'incubation ayant oscillé entre huit et seize jours. (*Brit. Med. Journ.*, 23 fév. 1889.)

OBS. LXI (GESCHWIND, 1886). — *Contagion de rougeole à la période d'invasion.*

G..., soldat, ordonnance du capitaine P..., se trouve indisposé le 28 mars 1885; le 29 il reste à la caserne, ne retourne plus chez son officier: le 31 apparaît une éruption morbillieuse. G... est isolé à l'hôpital. Dix jours après le départ définitif de l'ordonnance, le premier enfant du capitaine est pris de rougeole; le deuxième enfant deux jours après, le troisième enfant une semaine après le début de la rougeole chez le premier.

Il est évident que ce dernier avait acquis sa rougeole de l'un des deux enfants et non de l'ordonnance.

Dans ce cas, la contagion s'est bien effectuée dans la période d'invasion.

OBS. LXII (MERCIER, 1891). — *Épidémie de rougeole à la caserne du 90^e de ligne à Châteauroux. Contagion à la période pré-éruptive de l'invasion.*

Le germe morbillieux fut importé par un jeune soldat qui était allé en permission dans sa famille pendant les fêtes du nouvel an et y avait contracté la rougeole. Au même moment régnait l'épidémie de grippe. Les soldats affectés de cette maladie étaient soignés dans une salle spéciale, par compagnie. Le malade qui importa la rougeole se présentant à la visite le 18 janvier 1890, fut placé par erreur avec les grippés; or, dans la chambre où il couchait depuis le 6 janvier, pendant la période d'incubation, aucun de ses camarades ne contracta la rougeole, tandis que, dans la chambre spéciale aux grippés, où il resta vingt-deux heures, quatre hommes sur six qui s'y trouvaient contractent la rougeole. ‘

OBS. LXIII (M. SEVESTRE). — *Rougeole, contagion à la période pré-éruptive de l'invasion.*

« Le 29 décembre, une dame me demanda de venir voir son petit garçon; je constatai chez cet enfant une éruption de rougeole qui, le lendemain et le surlendemain, atteignait son maximum de développement. Aux questions que je fis, la mère me répondit que le 23 décembre l'enfant avait refusé de dîner, qu'il s'était plaint de mal de tête, de lassitude, et avait demandé à se coucher, mais elle avait attribué ce malaise à ce que, dans la journée, il avait assisté à une petite réunion d'enfants; le lendemain mercredi, il s'était rendu à une autre matinée. Or, parmi les enfants de cette seconde série, plusieurs furent, après la durée habituelle de la période d'incubation, pris de la rougeole, et, au contraire, sur ceux de la première série, il n'y en eut aucun cas. Un seul de ces enfants fut pris, mais c'était la sœur du petit malade, couchant dans la même chambre que lui, et qui, d'après le calcul que je fis, en tenant compte de la durée de la période d'incubation, avait dû être contagionnée par lui dans la nuit du 24 au 25. » (In Thèse EVANNO.)

OBS. LXIV (VALLIN). — *Epidémie de rougeole attribuée à la reviviscence du germe morbillieux au bout d'un an.*

Je connais une petite ville où il n'y avait eu depuis plusieurs mois aucun cas de rougeole dans la population civile et militaire.

L'année précédente, une épidémie de rougeole avait eu lieu à la caserne. On remplace les parquets usés de plusieurs chambres où il y avait eu antérieurement des cas de la maladie ; les poussières soulevées de l'entrevous se répandent dans toute la caserne. Quinze ou vingt jours après, des cas de rougeole se déclarent sur des hommes qui n'avaient pas quitté la garnison et l'enquête ne permet pas de trouver une autre origine à la maladie.

Assurément ce n'est pas là un fait probant, mais il est probable, ajoute M. Vallin. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, avril 1900.)

OBS. LXV (CZERNICKI). — *Rougeole attribuée à la reviviscence d'un germe au bout de deux ans.*

Le 16 avril 1880, un homme se présente à la visite (caserne du palais des Papes, Avignon), atteint de rougeole non encore confirmée, mais certaine. Cet homme, employé au magasin de l'habillement, d'un caractère calme, de mœurs très paisibles ; sortait très rarement du quartier ; il n'avait vu en ville aucun habitant malade ou sain ; il n'avait donc pas, suivant toute apparence, apporté sa maladie du dehors. A l'habillement, ses fonctions consistaient à broser les effets neufs ou vieux. Or il avait brossé avant sa maladie des effets ayant appartenu à des hommes atteints de rougeole en 1878. Ne peut-on admettre que ces effets, mal ou point désinfectés, avaient conservé le germe de la maladie et l'ont transmis à celui qui les maniait ? (Cité par M. KELSCH, *Bull. de l'Acad. de méd.*, avril 1900.)

OBS. LXVI (SUDOÛR, 1892). — *Contagion attribuée à la persistance des germes de rougeole pendant vingt-deux jours.*

L'auteur relate l'histoire de deux petites épidémies de rougeole observées sur des militaires du 15^e de ligne à Carcassonne.

La contagion de la rougeole se serait faite par des germes déposés dans les chambres des casernes, qui se seraient conservés à l'état d'activité pendant plusieurs jours (vingt-deux dans un cas) après le départ des malades qui les avaient apportés.

OBS. LXVII (LÉMOINE, 1898). — *Contagion tardive après la période d'éruption.*

Quatre malades parvenus respectivement aux quarante-quatrième, quarante-et-unième, trente-troisième et dix-huitième jours de la maladie, ne présentant plus ni catarrhe, ni éruption, sont réunis avec les convalescents de scarlatine dans une même salle. Deux de ceux-ci prirent la rougeole de douze à quatorze jours après le départ en congé des convalescents de rougeole, alors qu'il n'existait plus aucun cas de maladie dans tout l'hôpital.

OBS. LXVIII (KELSCH). — *Exemple de persistance des germes de la rougeole.*

A Amiens deux casernes contiguës reçoivent le contingent : l'une, mal aérée, très peu ensoleillée ; l'autre, bien ventilée et largement éclairée par le soleil, cet excellent destructeur de germes. Or, dans la première, la rougeole réapparaît fréquemment à l'état épidémique, tandis que la seconde reste relativement indemne.

CONCLUSIONS

1° L'agent spécifique de la rougeole est encore inconnu. Les recherches de M. Lesage sont trop récentes pour qu'on puisse se permettre actuellement de les apprécier. L'observation clinique nous montre seulement que cet agent ne possède toute sa virulence que pendant un laps de temps très court.

2° La contagion rubéolique s'exerce surtout à la période pré-éruptive de l'*invasion*, sans qu'aucun signe permette alors le plus souvent de faire le diagnostic de la rougeole.

C'est là une notion capitale dans l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie de la rougeole.

3° La contagion directe ne peut plus être considérée aujourd'hui comme le mode le plus commun de la transmission de la rougeole. La contagion indirecte est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pensait autrefois. Le germe peut, en effet, être transporté par un intermédiaire (tierce personne, vêtement, objet usuel, etc.) à une distance de plusieurs kilomètres dans un temps très court.

4° La rougeole emprunte aux divers milieux dans lesquels elle se développe une gravité différente :

Sa mortalité, relativement faible en ville, est considérable dans la plupart des agglomérations (hôpitaux, écoles), où les infections secondaires sont extrêmement fréquentes.

5° La désinfection comme moyen de prophylaxie contre la rougeole simple n'a pas d'action, parce qu'elle est trop tardive. Elle reste la méthode de choix dans le traitement préventif de la rougeole compliquée de broncho-pneumonie.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de Thèse,
HUTINEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AMELOT. Th. de Paris, 1845.
- BARBIER. *La Rougeole* (Biblioth. Charcot-Debove), Paris 1893.
- *Manuel de médecine*, t. VIII, Paris, 1898.
- BARD. Epidémiologie de la rougeole. *Rev. d'hyg.*, 1891.
- BÉCLÈRE. Th. de Paris, 1882.
- BELUZE. *Rev. d'hyg. et de police sanit.*, n° 3, 1900.
- BESNIER et DOYON. In *Traité des maladies de la peau*, de Kaposi.
- BRAVARD. Th. de Paris, 1818, n° 120.
- BRAIDWOOD. Organismes de la rougeole. *Med. Times and Gaz.*, 25 mai 1878.
- BRETON. Th. de Paris, 1820, n° 257.
- CASTAN. Contagion à la période d'invasion, *Montpellier méd.*, 1882, n° 12.
- CASTERET. Contagion de la rougeole. *Presse méd.*, 6 juillet 1898.
- CHAVIGNY. Un cas de rougeole chez un singe. *Bull. méd.*, 1898, p. 334.
- COMBE. Un nouveau signe de la période d'incubation, *Arch. de méd. des enfants*, juin 1899.
- COMBY. *Traité des maladies de l'enfance*, 1895.
- *Traité des maladies de l'enfance*, Grancher, 1897, t. I.
- CORNIL et BABÈS. *Les bactéries*, Paris, 1890.
- COURRÈNT. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier*, 1889, n° 1.
- CROSKERY. *The Lancet*, 25 novembre 1882.

- CZAJKOWSKI. Microorganismes de la rougeole. *Centr. f. Bakt.*, t. XVIII, 1895.
- DAROLLES. Contagion après éruption. *Rev. de chir. et thér.*, 1889.
- DEMARQUE-DUCLAUD. Th. de Paris, 1812, n° 144.
- DESPLATS. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1880, p. 437-441.
- DOEHLE. Le sang dans la rougeole. *Centralbl. f. allg. Path.*, février 1892.
- DUMAS. *Montpellier méd.*, octobre 1877.
- D'ESPINE. *Dictionnaire Jaccoud*.
- D'ESPINE et PICOT. *Maladies des enfants*, 1900.
- EVANNO. Th. de Paris, 1892.
- FARGEAUD. Th. de Paris, 1837.
- FERNEL. Th. de Paris, 1807.
- FIESSINGER. Cité par BARBIER.
- FÖRSTER. *Jahrb. f. Kinderh.*, août 1876.
- GANNELON. Th. de Paris, 1892.
- GARENNE. Th. de Paris, 1815.
- GESCHWIND. *Arch. de méd. milit.*, 30 mars 1886.
- GILLET. *Ann. de la Policl. de Paris*, 1898, p. 217-226.
- GIROU. *Rev. gén. de chir. et thér.*, 1889, p. 319-321.
- GONTIER. *Arch. de gynécol.*, 1879.
- GRANCHER. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1889.
- Académie de médecine, 3 juin 1890.
 - Congrès de Berlin, 1890.
 - Soc. de méd. publiq. et d'hyg. prof. ; mai, juin, juillet 1890.
 - *Bull. méd.*, p. 543, 1890.
 - Académie de médecine, 7 oct. 1893. *
 - *Traité de médecine* Brouardel-Gilbert, art. ROUGEOLE, 1895.
 - Académie de médecine : février, mars, avril 1900.
- GUINON. *Traité* Charcot-Bouchard, art. ROUGEOLE, 1899.
- JOSIAS. *Méd. mod.*, 1898, p. 153.
- KELSCH. *Arch. de méd. milit.*, mai 1898.
- *Rev. d'hyg.*, 1898.
 - Académie de médecine, février, mars, avril 1900.
- KERSCH. *Memorabilien G.*, 1894.
- KESSLER. *Berlin. klin. Woch.*, 18 octobre 1886.
- LAIGNELET. Th. de Paris, 1837, n° 364.

- LAVERAN et CATRIN. Soc. méd. des hôp., 14 mai 1897.
LE HOUX. Th. de Paris, 1848.
LE GENDRE. *Progr. méd.*, 28 juillet 1883.
LEMOINE. Soc. méd. des hôp., mai 1898.
LIONS. Th. de Lyon, 1891.
MAUNOIR. Th. de Paris, 1876.
MAURIN. Th. de Montpellier, 1896.
MARVAUD. *France méd.*, 1898, p. 545-551.
MÈNE. Th. de Paris, 1828, n° 76.
MERCIER. *Gaz. hebdomadaire*, 24 octobre 1891.
MÉRY et BOULLOCHE. *Rev. des mal. de l'enf.*, avril 1891.
MOIZARD. Soc. méd. des hôp., 1^{er} juin 1900.
OSTROWSKY et LEROY DES BARRES. Congr. int. de méd., août 1897; in *Bull. méd.*, 1897, p. 824, col. II.
PANUM. *Arch. génér. de méd.*, avril 1851.
PERRINET. Th. de Paris, 1814, n° 22.
REIGER. *Centr. f. klin. Med.*, n° 23, p. 72, 1892.
— *Berl. klin. Woch.*, p. 656, 1892.
SANNÉ. *Dictionnaire Dechambre*.
SEVESTRE. *Progr. méd.*, 2 juillet 1887.
— *Rev. des mal. de l'enf.*, juin 1886.
— Soc. méd. des hôp., 22 février 1889.
SIDOBRE. Montpellier, 1699.
SUDOUR. *Arch. de méd. milit.*, janvier 1892.
TARTIÈRE. Cité par BARBIER.
THAUREAU. Th. de Paris, 1817.
THÜSSINK. In KELSCH.
TIRET. Th. de Paris, 1832.
VALLIN. *Bull. de l'Acad. de méd.*, février, mars, avril 1900.
VERSTRAETEN. *Bull. de la Soc. de méd. de Gand*.
VIELLEVIGNE. Th. de Paris, 1827.
VOGEL. Cité par GUINEBERTIÈRE. Th. de Paris, 1826.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.
